Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.



# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

**Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.**

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 8 „ | 12 „ |
| | Kwartalnie | 2 „ 20 „ | $1\frac{1}{2}$ „ | 4 „ | 6 „ |

Kraków, 4 grudnia 1880. № 49. Rok XIX.



## I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

### O zastósowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznéj.

Napisał Dr. M. Kohn.

Wiadomemi są wszystkim kolegom liczne ujemne strony dotychczasowych sposobów rozszerzania macicy. Od r. 1847, tj. od czasu wynalezienia przez Simpsona gąbek prasowanych, aż po dziś dzień tak wiele podawano na tém polu ulepszeń i nowości, że sam ten fakt dowodzi, iż kwestyja ta ani jeszcze ostatecznie załatwioną nie została, ani nawet nie odpowiada dość skromnym wymogom, skoro rozszerzanie szyi macicznéj zawsze jeszcze uważać zwykliśmy za rękoczyn, który tylko z wielką przedsiębrać należy ostrożnością, dla możebności nieprzyjemnych, a czasem nawet dość groźnych przypadków następowych. Mówimy tu naturalnie tylko o tępém rozszerzaniu szyi macicznéj, gdyż osiągnięcie tego celu na drodze krwawéj już dość dawno przez Simsa udoskonaloném zostało. Dylatacyja tępa atoli, któréj potrzeba, już to w celu leczniczym już też w celu rozpoznawczym, dość często zachodzi, zawsze jeszcze wiele robiła nam trudności. Cały szereg używanych tu przyrządów i narzędzi, jak gąbka prasowana, drążki z blaszeńca palczastego, korzenia Gentiany, drążki Tupelo (z korzenia i łodygi *Byssa aquatica*) z kości słoniowéj dekalcynowanéj, dylatatoryja instrumentalne Simsa, Ellingera, Pristleya, Tiemanna, Vanderveera, Matthieugo, Balla i innych, mają wszystkie razem wzięte swe błędy wspólne, a osobno swe błędy swoiste. Większa część, jak wszystkie dylatatoryja i drążki, za mało dla celów leczniczych i rozpoznawczych rozszerza szyję macicy, a strony ujemne gąbki prasowanéj, która jedynie dostatecznie szyję macicy roszerza, zbyt dobrze są znane wszystkim, którzy jéj używali. Fakt niezaprzeczony, iż w skutek utworzenia gąbką prasowaną w szyi macicznéj rany za każdém jéj użyciem, wsysającéj części rozkładowe, zakaźne, zbyt często zdarzają się następowe zapalenia otrzewnéj okołomaciczne, jak niemniéj okoliczność, iż rozszerzenie szyi macicznéj gąbką prasowaną często za wiele wymaga czasu i kosztów, oto wady téj metody dość ważne, aby zastąpienie jéj sposobem równie lub więcéj skutecznym, a krótszym, tańszym i bezpiecznym, powitać z rzeczywistém zadowoleniem. Doznalem tego zadowolenia wyczytawszy w „*Centralblatt für Gynaekologie* Nr. 25“ z ego grudnia 1879 o nowym sposobie rozszerzania szyi macicznéj, podanym przez prof. Fritscha, jakkolwiek nie mogłem oprzeć się pewnéj nieufności do podanych tamże dat, nader wiele obiecujących. Niecierpliwie czekałem odpowiedniego przypadku chorobowego dla przekonania się osobistego o rzeczy tyle mnie obchodzącéj. Z końcem kwietnia br. przybyła na oddział III szpitala św. Łazarza chora odpowiednia, a Wny prof. Madurowicz nie tylko był łaskaw odstąpić mi chorą do przeprowadzenia doświadczenia, ale także zaopatrzył mnie w narzędzia potrzebne, świeżo dopiero sprowadzone.

Metoda Fritscha polega na tém, iż mając cały system niegiętkich sond stalowych macicznych różnéj grubości, bo od 3 do 25 milimetrów średnicy, wprowadza się takowe jedną za drugą do macicy rozszerzając przez to szyję maciczną do dowolnéj objętości. Pisze Fritsch: „Zbadawszy dokładnie kierunek i całą jakość szyi macicznéj zwykłą sondą maciczną, wprowadza się po znieczuleniu choréj chloroformem sondę grubszą. Doszedłszy nią aż do ujścia wewnętrznego macicy, przyciska się ją prawą ręką do tegoż, podczas kiedy ręką drugą obejmuje się przez powłoki brzuszne dno macicy i wpychając ją silnie na sondę trzymaną ręką prawą, nasuwa się szyję maciczną na zgłębnik, jak rękawiczkę na palec. Potém wyjmuje się sondę, aby założyć zaraz znów grubszą w ten sam sposób i tak aż do osiągnięcia dylatacyi żądanéj wielkości. Siła użyta przy tém postępowaniu jest dość znaczną, i jasném jest, że saméj sondy do góry macicy wypychać nie wolno. Niemniéj konieczną jest narkoza.“

W szkole wiedeńskiéj zamiast sond stalowych używają drążków z twardego kauczuku z rączkami do ujęcia. Drążki

te, bez rączki, do 10 cm. długie, gładkie, są nieco słabo łukowato wygięte odpowiadając fizyjologicznemu przodopochyleniu macicy. Takiego systemu drążków kauczukowych różnéj grubości użyłem i ja w następującym przypadku:

Ewa S., lat 47 mająca, służąca, przybyła 20 kwietnia rb. na oddział III szpitala św. Łazarza. Podaje, iż miesiączkując w 16tym roku życia po raz pierwszy aż do początku obecnéj choroby, tj. przed 3ma laty, miewała miesiączkę w regularnych odstępach czterotygodniowych, 3 dni trwającą, bez bólów, miernie obfitą. W 17 roku poszła za mąż i rodziła trzy razy, porody były prawidłowe, pierwszy przed 20, ostatni przed 15 laty. Aż do początku obecnéj choroby była zawsze zdrową. Od 3 lat bez wiadoméj przyczyny i bez wszelkich dolegliwości miesiączka zaczęła występować nieregularnie, raz za często, drugi raz za rzadko, powoli zaczęła być zbyt częstą, długotrwałą i nader obfitą, a od roku stała się już ciągłym, choć miernym, krwotokiem z rzadkiemi tylko przerwami 10 do 15 dniowemi. Od kilku tygodni krwotok ten stał się obfitym, osłabił znacznie chorą, która wybladła i zeszczuplała, i zmusił ją do szukania pomocy lekarskiéj.

Badanie okazuje osobę średniego wzrostu, nieźle odżywioną, silnéj budowy ciała. Skóra brudno-blada, błony śluzowe nadzwyczaj blade, chora osłabiona, niespokojna, bojaźliwa i zmęczona. Klatka piersiowa i brzuch żadnych nie przedstawiają zboczeń. Ze sromu wypływa miernie ciemna krew w niewielkiéj ilości, przedsionek i pochwa bardzo blade, część pochwowa gruba, obrzmiała ale miękka, ujście zewnętrzne jako szpara poprzeczna bez wyraźnych wrębów. W przedniém sklepieniu czuć dalszy ciąg macicy, a przy badaniu skombinowaném ciało macicy okazuje się znacznie powiększoném, miernie twardém, cała macica wyraźnie dłuższą. Sonda łatwo wchodzi w kierunku prawidłowym na 10 cm. W wzierniku część pochwowa okazuje się bladą, z ujścia wypływa krew ze śluzem. Ciepłota choréj prawidłowa, tętno dość słabe.

Rozpoznano *Endometritis haemorrhagica*, nie rozróżniając bliższéj jéj formy anatomicznéj.

Po zastosowaniu bezskuteczném zwykłéj terapii, tj. spokoju, okładów, wyciągu sporyszowego, tuszowania jamy macicy azotanem srebrowym, wstrzykiwań do jamy macicy roczczynu półtorachlorku żelaza, postanowiłem rozszerzyć szyję maciczną, by dojść do zródła choroby. Na proponowany rękoczyn chora zaledwie po długich namowach się zdecydowała, na narkozę jednak żadną miarą nie chciała się zgodzić. Byłem zmuszonym przystać na to, chcąc choréj pomódz, a sam dojść do zamierzonego doświadczenia. Dnia 6go maja wprowadziłem w jamę macicy pacyjentki, ułożonéj na stole operacyjnym na wznak, z podniesionemi krzyżami i zgiętemi w stawach nogami, najprzód drążek 3 milimetry gruby, a postępując sposobem zwyż opisanym w 35 minut doszedłem do drążka grubości 16mm., poczém palcem, bez trudności w jamę macicy wprowadzonym byłem w możności wymacania dokladnie każdego punktu jamy macicznéj i stwierdziłem, iż błona śluzowa téjże jest obrzmiałą, w *stratum papillare* przerosłą, uczucie ziarniny palcowi podającą, jedném słowem, znalazłem tak zwaną *Endometritis granulosa* lub *Adenoma diffusum* Schrödera. Wprowadziwszy z łatwością łyżkę ostrą Simona wyskrobałem całą jamę macicy, a przestrzykawszy ją 2% roczczynem kwasu karbolowego wytamponowałem pochwę. Skutek rękoczynu był jak najzupełniejszy; macica ściągnęła się doskonale, krwotok więcéj się nie pojawił, reakcyi nie było żadnéj, a chora nadzwyczaj szybko przychodząc do sił w dwa tygodnie opuściła zakład całkiem zdrowa i dobrze wyglądająca. Ponieważ była ona służącą jednego z urzędników szpitala, kontrola nad dalszém jéj powodzeniem była możliwą i wiem że kobieta ta do dziś dnia jest zupełnie zdrową, silną i od tego czasu żadnych nie doznaje dolegliwości.

Uwagi, jakie mi się przy użyciu téj metody nasunęły, są następujące:

1) Słuszną wydaje mi się opinija Fritscha, iż narkoza choréj jest potrzebną, gdyż nawet w naszym przypadku, gdzie powłoki brzuszne były nadzwyczaj podatne, a chora bardzo wyrozumiała i cierpliwa, trudną było rzeczą uchwycenie wygodne dna macicy i wsuwanie jéj na dół, a narkoza bez wątpienia byłaby ułatwiła rękoczyn.

2) Ból choréj nie jest znacznym i tylko do téj chwili czasu ograniczonym, kiedy sonda przezwycięża opór ujścia wewnętrznego, którego przezwyciężenie nagłe czuć doskonale w ręce trzymającéj sondę.

3) Nie należy pomijać pojedyńczych numerów drążków, ale systematycznie numer za numerem należy wprowadzać, jak o tém dowodnie miałem sposobność się przekonać, gdyż wziąwszy po wyjęciu drążka 10mm. grubego drążek 12mm. gruby, nie mogłem go w żaden sposób wprowadzić i musiałem na nowo rozszerzać drążkiem Nr. 10, aby módz znowu wprowadzić Nr. 11, przez co niepotrzebnie straciłem trochę czasu, a choréj przysporzyłem niepotrzebnie nieco bólu.

4) Po uskutecznionéj dylatacyi badając palcem szyję i jamę maciczną przekonałem się dokładnie, iż ani w szyi, ani około ujścia wewnętrznego, ani w saméj jamie macicy nie było nigdzie żadnego zdrapania, ani naderwania, ani pęknięcia, ani zgniecenia błony śluzowéj, a tém mniéj miąższu macicy, która to okoliczność tak korzystnie odbija od zwykłych następstw przy użyciu gąbki prasowanéj.

5) Stosując metodę wspomnianą po raz pierwszy potrzebowałem do rozszerzenia szyi macicznéj do 16mm. 35 minut czasu, a sądzę że nieco wprawy i użycie narkozy jeszcze znacznie czas ten skrócić będzie w stanie.

6) W końcu nie od rzeczy będzie wspomnieć, że brak wszelkich kosztów, gdyż narzędzie raz nabyte na zawsze wystarczy nie ulegając zepsuciu, i okoliczność, że można obejść się bez asystencyi, także wiele na korzyść téj metody przemawiają. Opierając się na tych uwagach, jestem, jak sądzę, uprawnionym do wniosku: że metoda Fritscha rozszerzania szyi macicznéj zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi dotychczasowemi metodami, jest bezpieczną, dość łatwą, doskonały dającą wynik i poleconą być może wszystkim kolegom jako zabieg operacyjny, który za rzeczywisty postęp w nauce ginekologii uważać należy.

---

## II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9.

### III.

### Choroby narządu trawienia.

Zestawił Dr. K. Bossowski.

Przedmiotem niniejszego sprawozdania jest 84 przyp. (53 m., 31 kob.) z kliniki stałéj, i 716 przyp. (423 męż.,

293 kob.) z kliniki ruchoméj, razem 800 przypadków. Z powodów na wstępie do sprawozdania klinicznego przedstawionych i w tym dziale materyjał kliniki ruchoméj zużytkowanym zostanie prawie wyłącznie tylko pod względem statystycznym. Choroby narządu trawienia stanowiły w klinice stałéj 13·4%, w ruchoméj 16·3% wszystkich przypadków. (W poprzednich 4 latach odsetek chorób narządu trawienia w oddz. wewn. szpitala św. Łazarza wynosił 8%).

### I. Choroby jamy ust.

Zapalenie dziąseł *(Gingivitis)* w 3 przypadkach było następstwem nieczystego utrzymywania zębów. Pośród 8 przyp. zapalenia błony śluzowéj jamy ust, w 1 przyp. była t. zw. *stomatitis aphthosa*, a w jednym zapalenie z owrzodzeniami *(Stomacace)* skutkiem używania jodku rtęciowego bez nadzoru lekarza. Zapalenia języka *(Glossitis)* zauważano dwa przyp., w jednym choroba rozwinęła się skutkiem nadmiernego palenia tytuniu, w drugim jako t. zw. *glossitis dissecans* była jedynym objawem przebytéj kiły; cały język zaopatrzony był na górnéj powierzchni licznemi wrębami i bruzdami bliznowatemi, pomiędzy któremi sterczały kępki prawidłowéj tkaniny, pokryte gdzieniegdzie zgrubiałym i zmętniałym przybłonkiem *(Leukoplakia)*. Z zapaleniem gruczołu przyusznego *(Parotitis)* zgłosiło się w styczniu 1876 czterech chorych; było to w czasie, gdy w mieście przydarzały się częste przypadki téj choroby. W 2 przyp. zapalenie było obustronne, a w obydwu przyp. choroba ustąpiła bardzo szybko po użyciu kilkorazowém naparu jaborandy z 4 i 6 gm. na raz. (Lek ten polecił najpierw Czernicki: *Gaz. hebd. d. méd.et de chir.* 1875 Nr. 14). W jednym przypadku znaleziono równocześnie z zapaleniem gruczołu przyusznego prawego zapalenie prawego jądra *(Orchitis)*.

### II. Choroby gardła.

Zapalenie ostre podniebienia miękkiego i gardła *(Angina catarrh. et pharyngitis catarrh. acuta)* w liczbie 31 przyp. zauważano prawie wyłącznie w miesiącach jesiennych i wiosennych. Zapalenie przewlekłe dostarczyło 68 przyp. W zapaleniu gardła mieszkowém *(pharyngitis granulosa)* widziano bardzo korzystne działanie pędzlowań gardła roztworem poleconym przez Mandla *(Jodi puri 1 gm., Kali jodati 2 gm., Glycerini 100 gm.)* Zapalenia migdałków i przerosty migdałków dostarczyły po 10 przyp. W 1 przyp. znaleziono zapalenie około migdałkowe *(Peritonsillitis)*; migdałek prawy wysterczał mocno z pomiędzy łuków podniebieniowych a w częściach miękkich pod kątem szczęki dolnéj wytworzył się naciek zapalny, który przeszedł w ropienie. Jeden przypadek mięsaka *(sarcoma)* w jamie noso-gardłowéj wychodzącego z podstawy czaszki zasługuje na wzmiankę nieco obszerniejszą z powodu groźnych przypadów, jakie ze sobą pociągnął.

J. P. lat 33, począł przed półtora rokiem skarżyć się na ból w okolicy skroniowéj lewéj, który rozszerzał się na tyłogłowie, na prawą okolicę skroniową i przyuszną lewą. Przed sześcioma miesiącami zauważył upośledzenie wzroku i dwuwidzenie, jak niemniéj szum w uszach i utratę słuchu w uchu lewém. Przed dwoma miesiącami spostrzegł skrzywienie twarzy, utrudnienie połykania i gromadzenie się w gardle większéj ilości śluzu. Na pięć tygodni przed przybyciem do kliniki pojawiły się po raz pierwszy drgawki ogólne, które poprzedził silny ból głowy, i wśród których chory miał być zupełnie bezprzytomny. Do kliniki przyjęty został w dniu 8go listopada 1875. Badanie wykazało nowotwór twardo-sprężysty w kilku miejscach owrzodziały, wypełniający jamę noso-gardłową, wysadzenie gałki ocznéj lewéj ze znaczném zbrzęknieniem spojówek i z owrzodzeniem rogówki, porażenie zupełne nerwu twarzowego lewego, porażenie nerwu odwodzącego oko prawe, znaczne upośledzenie czucia dotykowego i czucia bólu po lewéj stronie twarzy, obrzmienie małżowiny, zgrubienie błony bębenkowéj i utratę słuchu na uchu lewém. Obydwa przewody nosowe niedrożne. Lewa połowa języka w stanie zaniku, a język zbacza na stronę lewą. Gruczoły limfatyczne karkowe, szyjne i podszczękowe obrzmiałe. Apatyja i senność. — Sekcyja w dniu 24 listopada wykazała mięsak na podstawie czaszki wielkości małéj pięści o powierzchni nierównéj, guzowatéj, pokrytéj przez nietkniętą twardówkę, który wszedłszy do czaszki przez *foramen lacerum* sięgał od oczodołu ku otworowi potylicowemu i wchodził częściowo w oczodół lewy. Nowotwór mięsakowy w jamie noso-gardłowéj był w bezpośrednim związku z nowotworem w jamie czaszkowéj a trzon kości klinowéj był w zupełności nowotworowo zwyrodniały. Istota korowa mózgu była wązka i blada. W płucach obydwóch znajdowały się w szczytach dość licznie drobne nacieki serowate.

### III. Choroby gardziela.

Rak gardziela rozpoznano w 10 przypadkach, zwężenie bliznowate w 2 przyp. (w obudwu przyp. po rozmyślném napiciu się kwasu siarkowego), a zwężenie kurczowe w jednym przyp., który dotyczył dziewczyny z wybitnemi objawami hysteryi. W przypadku tym utrudnienie połykania ustąpiło zupełnie po kilkunastorazowém wprowadzaniu zgłębnika. Oprócz badania zgłębnikiem w przypadkach upośledzonego połykania nie zaniedbywano nigdy osłuchiwania gardziela. Jako ważny moment rozpoznawczy przemawiający za zwężeniem nowotworowém uważano upadek sił i odżywienia już w tym okresie choroby, kiedy chory mógł połykać i odżywiać się dostateczną ilością pokarmów płynnych. Ażeby nałogowe nadużywanie napojów wyskokowych miało być momentem wywołującym raka gardziela, w przypadkach naszych nie stwierdzono.

### IV Choroby żołądka.

1. Ostry nieżyt żołądka był przedmiotem leczenia w 28 przyp., z których połowa zgłaszała się w miesiącu czerwcu. Między przyczynami wymienić należy przedewszystkiém zimnicę i używanie niedojrzałych owoców.

2. Nieżyt żołądka przewlekły napotkano w znakomitéj liczbie 304 przypadków, co stanowi 38% chorób narządu trawienia a 6% wszystkich chorych tak w klinice stałéj jakoteż ruchoméj. Stosunek ten zdaje się rychléj odpowiadać rzeczywistéj częstości przewlekłego nieżytu żołądka aniżeli cyfry szpitalne, według których w latach 1871 do 1875 nieżyt przewlekły stanowił tylko 8% chorób narządu trawienia a 0·6% wszystkich chorych. Mężczyzn było 168, kobiet 90. Przeszło $^1/_3$ część chorych była między 30—40 r. z. a $^1/_4$ przypadała zarówno na wiek od 20—30 i od 40—50 r. z. W znakomitéj liczbie znajdowały się równocześnie przypady nieżytu jelit; prawie w połowie tych przypadków chorzy okazywali ogólną drażliwość, która niekiedy potęgowała się do wyraźnéj hypochondryi. W przypadkach, którym towarzyszyło zaparcie stolca, widziano najkorzystniejszy skutek z używania siarkanu sodowego codziennie zrana, a lek ten zastępował w zupełności drogą i nie zawsze jednaki skład chemiczny okazującą sól karlsbadzką. W przypadkach z wygórowaną drażliwością żołądka, osobliwie gdy towarzyszyła skłonność do biegunki, używano z korzyścią bizmutu w dawkach 1—1·5 gm. na dzień lub azotanu srebrowego, który zazwyczaj przepisywano z cukrem w postaci t. zw. pigułek Simona.

3. Rozszerzenie żołądka *(Gastrectasia)* rozpoznano jako chorobę główną u 19tu chorych. Tylko w trzech przypadkach jako przyczynę było można uważać przebyty katar żołądka, w dwóch przypadkach blizny w części o-

dźwiernikowéj po wrzodzie, a w jednym przypadku nerkę ruchomą prawą. W reszcie przypadków, które prawie wszystkie dotyczyły ludu wiejskiego jako przyczynę choroby należało uważać nawykowe przepełnianie żołądka pokarmami niestrawnemi. Nie wdając się w krytykę subtelnych sposobów badania rozmiarów żołądka podanych przez Penzoldta, Rosenbacha, Schreibera, Rosenthala, Purjesza, tyle tylko namienić nam wypada, że najdogodniejszym, najmniéj zachodu wymagającym i dość pewnym sposobem badania rozstrzeni żołądkowéj okazało się oznaczanie treści żołądkowéj za pomocą wstrząsania i wypuku. Można przyjąć jako pewnik, że w każdym przypadku, gdzie przy wstrząsaniu żołądka u chorego, będącego na czczo, udaje się wywołać pluskanie, istnieje nie wątpliwie rozstrzeń żołądka. Zarówno wnosić można na pewne o rozszerzeniu żołądka, jeżeli na czczo znajdziemy stłumienie poniżéj pępka, które jawnieje przy podniesieniu tułowia ku górze. W niektórych przypadkach rozstrzeni zauważano także przelewanie się płynu w żołądku przy ruchach oddechowych, na który to szczegół zresztą od dawna znany zwrócił w ostatnich czasach uwagę Strümpel *(B. kl. Woch.* 1879. 456).

4. Z niestrawnością *(Dyspepsia)* szukało pomocy 11 chorych. U mężczyzn podstawą choroby było opilstwo, zgrzybiała starość, niedokrewność, a w 2 przyp. hypochondryja; u kobiet w 2 przyp. blednica, w 2 przyp. zwiotczenie brzucha z znaczném rozstąpieniem mięśni brzusznych, nakoniec w 2 przyp. niestrawność jako t. zw. *dyspepsia acida* objawiła się przeważnie dokuczliwą zgagą.

5. Nerwoból żołądka (*Cardalgia*) napotkano w 38 przypadkach (14 m. 24 kob.) najczęściéj na tle niedokrewności.

6. Wrzód żołądka (*Ulcus v.*) był przedmiotem leczenia w 29 przypadkach, z których 7 w klinice stałéj. W tych 7 przyp. mieści się 2 męż. a 5 kob., w reszcie przypadków poliklinicznych liczba mężczyzn równa się prawie liczbie kobiet. Pod względem etyjologicznym zasługują na wzmiankę 2 przyp., w których nadużywanie napojów wyskokowych można było uważać jako moment, jeżeli nie będący właściwą podstawą choroby, to przynajmniéj podniecający napowrót przycichłą chorobę. Pod względem przebiegu wspomnieć nam wypada o jednym przypadku, gdzie w następstwie wrzodu powstało zapalenie otrzewnéj z przebiegiem pomyślnym i o przypadku przedziurawienia ścian żołądka z zejściem śmiertelném.

T. S. lat 43, leczony w klinice okulistycznéj na wrzód rogówki nie doznawał nigdy najmniejszych przypadów żołądkowych. W dniu 30 grudnia 1876 po zjedzeniu obiadu pojawiły się kilkakrotne wymioty, a wkrótce potém silny ból w całym brzuchu. Przyniesiony do kliniki lekarskiéj d. 2 stycznia okazywał zapad sił znacznego stopnia, brzuch wzdęty, mocno napięty i bardzo bolesny, a odgłos wypukowy na takowym wszędzie jawny bębenkowy, a w okolicy pępka metaliczny. Stolec od 3 dni wstrzymany, częste wymioty śluzowe i ból w brzuchu, który od czasu do czasu bardzo się wzmagał. Tego samego dnia chory umarł, a sekcyja wykazała przebicie ściany żołądka przez wrzód wielkości przeszło centa na krzywiźnie mniejszéj żołądka usadowiony. W jamie otrzewnowéj wypełnionéj powietrzem znachodziły się w obfitéj ilości kawałki mięsa i kapusty, a mimo kilkudniowego przebywania takowych w otrzewnéj, błona ta była wszędzie gładka, lśniąca i blada, i nie okazywała nigdzie śladów zapalenia.

7. Rak żołądka napotkano u 52 chorych, z których 14 leczono w klinice stałéj. Wiek wszystkich chorych wynosił 40—60 lat. Dziedziczności nie stwierdzono. W jednym przypadku poprzedzały pojawienie się nowotworu 11 lat trwające przypady kataru żołądka, który zgodnie z doświadczeniem starszych lekarzy uważać należało jako przyczynę obecnéj choroby. Większa część chorych zgodnie z spostrzeżeniami Benekego okazywała silną budowę kośćca. Stosunek umiejscowienia nowotworu w okolicy wpustu, na ścianach żołądka i w okolicy odźwiernikowéj był jak 2:4:8. Z przebiegu choroby wspomnieć należy o podniesieniu się ciężaru ciała o 1 klgm., jakie zauważano u chorego z rakiem żołądka w początkach obserwacyi klinicznéj skutkiem lepszych warunków hygijenicznych w jakich się chory znalazł; późniéj ciężar ciała począł ubywać. W 2 przypadkach zauważano mierny stan gorączkowy, który przy braku innych powikłań pochodzić mógł tylko od głównéj choroby; u 1 chorego jako przyczynę gorączki wykazała sekcyja rozsiewanie się guzków rakowych w sieci; w drugim przyp. stwierdzonym sekcyją gorączka pochodzić mogła tylko od rozpadu nowotworu. Wiek zmarłych wynosił lat 40, 42, 47, 57, 67, a trwanie choroby, o ile na anamnezie polegać można, wynosiło od 4 miesięcy do 3 lat. W 3 przyp. sekcyjnych nowotwór ograniczał się tylko do żołądka, w 1 znajdowały się następowe guzy rakowe w wątrobie i trzustce, a w drugim w sieci.

Z powodu podobieństwa do niedokrewności złośliwéj *(anaemia perniciosa progressiva)* i to tak złudnego, że chorobę uważano jako niedokrewność złośliwą, zasługuje na opisanie następujący przypadek:

M. B. lat 50 wyrobnik przyjęty 9go marca, przeniesiony do szpitala 7 lipca 1875. Przed 15 laty przebył tyfus. Przed rokiem przebył czerwonkę miesiąc trwającą, wśród któréj utracić miał stolcami wiele krwi. Odtąd nie odzyskał dawnego zdrowia, był blady, czuł się osłabionym mimo utrzymanego łaknienia i niezdolny do pracy. Z tego powodu w 6 miesięcy po przebytej czerwonce udał się do szpitala św. Łazarza, gdzie z rozpoznaniem niedokrewności używał żelaza, jednak bez najmniejszego skutku. Po wyjściu ze szpitala apetyt podupadł a siły coraz bardziéj ubywały. Innych przypadów żołądkowych w tym okresie choroby nie było żadnych. Chory z nawyknienia raz a czasem i kilka razy na rok puszczał krew, tak że ilość upustów krwi wynosić miała najmniéj 30. — Badanie wykazało: budowa dobra skóra woskowo-blada, błony śluzowe w wysokim stopniu blade, tkanka podskórna w okolicy kostek nieznacznie surowiczo zbrzękła, tkanka tłuszczowa wiotka ale dosyć obficie utrzymana, mięśnie bardzo wiotkie. Falowanie żył szyjnych wyraźnie widzialne i namacalne; wybitne buczenie żył szyjnych. Szmer skurczowy nad lewą komórką. Tętno nikłe, częste; ciepłota podgorączkowa. Wątroba nieco powiększona, brzeg miernie twardy nie bolesny; śledziona nieznacznie powiększona, brzeg niemacalny. Żołądek nieznacznie rozszerzony, język prawie czysty, aptetyt upośledzony, pragnienie mierne, częste odbijanie gazami bez szczególnego smaku i woni. Mocz w ilości 1500, c. g. 1014, ślad białka, kwas moczowy zwiększony. Osłabienie tak znaczne, że chory chwiejąc się zaledwie kilka kroków postąpić może. Skarży się na dokuczliwy ból i zawrót głowy, szum w uszach, senność i znużenie znacznego stopnia. Krew blada, badana pod drobnowidem okazuje ciałka czerwone blade a stosunek białych do czerwonych jak 1:214.

W ciągu 4ro miesięcznéj obserwacyi klinicznéj nie było żadnych nowotwór w żołądku cechujących przypadłości: guzowatości nigdy nie wymacano, przy ucisku na okolicę żołądka chory nigdy nie doznawał bólu, apetyt poprawił się i dopiero z końcem czerwca na nowo podupadł, gniecenie w okolicy żołądka, ból po jedzeniu i zgaga pojawiły się kilka razy jako przypady przemijające a wymioty w ciągu tego całego czasu zauważano tylko 3 razy i to bez śladów krwi prawie bezpośrednio po obiedzie. Kilka razy przydarzyła się mierna biegunka. Że przypady te nie wiele choremu dokuczały, wykazuje najlepiéj ta okoliczność, że chory bardzo często dopominał się o zwiększenie mu i tak już dość obfitéj dyjety. Ciężar ciała z początku wynoszący 101 funtów, z końcem marca obniżył się do 95 funtów, opuchlina odnóg ustąpiła, chory czuł się nieco silniejszy, mógł się sam przechadzać po sali; w maju ciężar ciała podniósł się do 100 funtów a z początku czerwca do 102 funtów, pomimo że obrzęknienie kostek

pojawiło się tylko, gdy chory więcéj chodził. Ciepłota ciała w początkach dochodziła wieczorem do 38·3, zrana opadała do 36·7, późniéj aż do 10 maja podnosiła się pod wieczór do 37·6—37·9, zaś odtąd różnica między ciepłotą ranną a wieczorną wynosiła prawie stale 36·7 i 37·6° C. W połowie maja stosunek ciałek białych do czerwonych był jak 1:55, ciałka czerwone były blade i miały małą skłonność do układania się w rulony. Późniéj stosunek ciałek białych do czerwonych stał się więcéj prawidłowy. Badanie siatkówki nie wykazywało wybroczyn. Mimo polepszenia się sił szmery żylne i szmer nad końcem serca trwały ciągle a bladość skóry i błon śluzowych wcale się nie zmniejszyły. Chory zmarł w szpitalu we wrześniu 1875 a sekcyja wykazała nowotwór rakowy płaski na tylnéj ścianie żołądka bez przerzutów.

Przyczyną mylności rozpoznania był brak wybitniejszych przypadów żołądkowych obok licznych szczegółów odpowiadających niedokrewności postępowéj. Za takową przemawiały bowiem częste upusty krwi, powstanie choroby po czerwonce, wyraźne objawy przedmiotowe i podmiotowe niedokrewności i ogólnego osłabienia przy dość obficie utrzymanéj podściółce tłuszczowéj, stan podgorączkowy, nakoniec polepszenie się sił i podniesienie ciężaru ciała w przebiegu obserwacyi. — Przypadek nasz nie jest odosobnionym, gdyż w literaturze znajdują się podobne lubo nie zbyt liczne przypadki: Lebert (*Krankheiten des Magens*) przyznaje się, że w kilku przypadkach, w których rozpoznawał „niedokrewność esencyjonalną" badanie pośmiertne wykazało raka w żołądku, a E. Wagner (*B. kl. W.* 1879 str. 619) opisuje podobny przypadek trudny do rozpoznania.

(Dokończenie nastąpi.)

## III. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r.

### V.

### Trzy przypadki wypiłowania kości.

Podał Dr. Rydygier.

Niniejszém doniesieniem zakończamy nasze sprawozdanie opuszczając niektóre nawet ciekawsze przypadki, które może późniéj zużytkujemy.

I. nasz przypadek wypiłowania kości nie zasługuje na osobny opis; tyczy on się chorego, który po wyleczeniu zranienia stopy w maszynie zachował sterczącą kość śródstopową drugą ku podeszwie, tak że dla znacznych dolegliwości, powstających w skutek ucisku, nie mógł ani dłuższy czas stać, ani chodzić. Po wypiłowaniu wystającéj części kości ($^2/_3$ grubości 2 metatarsi) rana pod oprawą Listera szybko się zagoiła, a chory teraz nie czuje żadnych dolegliwości.

II. przypadek zasługuje na dokładniejszy opis: Groszewski Jan, 5 lat liczący, przed 5 tygodniami przez swego towarzysza ugodzony został kamieniem w głowę; po urazie zaraz upadł i przez 2 dni był bez przytomności. Rana opatrywana przez lekarza domowego zagoiła się po 4 tygodniach, mimo to nie przestał chłopak bez przerwy krzyczeć i skarżyć się na ból głowy w okolicy rany. Badanie, uskutecznione dnia 1 lipca 1879 r. w klinice, wykazało u chorego dziecka, ciągle stękającego, na lewéj stronie czaszki w okolicy *tuber. oss. pariet. sin.* bliznę około 6 cm. długą, w środku pod kątem zagiętą. W tém miejscu daje się wymacać zagłębienie kości. Z resztą spostrzegamy zéz zbieżny oka prawego i rozszerzenie źrenicy tegoż. Ciepłota 39,1°. Postanowiliśmy ranę na nowo otworzyć i wypiłować uciskającą część wtłoczonéj kości, a w razie danym otworzyć ropień mózgu, gdybyśmy takowy znaleźli, jak to przypuszczaliśmy, sądząc po gorączce znacznéj i innych objawach.

Operacyję wykonaliśmy po uśpieniu chorego w mgle karbolowéj w następujący sposób: Nacięcie skóry i części miękkich ponad wklęsłą kością; odłączenie okostnéj od kości wciśniętéj i przyległych brzegów. Wciśnięta kość ma postać klina, którego przedni ostry kąt najgłębiéj wbity i podsunięty pod brzegi przyległéj kości. Chcąc go podnieść potrzeba było brzegi wystające dłutem poobcinać. Gdy mimo to zachował skłonność do wciskania się w głąb, przecięliśmy dłutem jego podstawę, i całkiem go wyjęliśmy. Pod samym ostrym kątem znaleźliśmy guzik, wielkości wiśni, w oponie; po nacięciu wypłynęła odpowiednia ilość ropy; sączek; oprawa Listera.

Chory po operacyi przestał stękać, ale gorączka pozostała cokolwiek podwyższoną (wieczorem do 38,8°) a powoli w okolicy defektu tworzy się grzybowata wydatność tętniąca ponad otworem kości (*prolapsus cerebri* późniejszy, *spaeterer Gehirnvorfall*, Bergmann „*Die Lehre von den Kopfverletzungen*" w Billrotha i Lückego *Chirurgie* pag. 530, także *Hernia cerebri* zwany). Przy następnych zmianach opatrunku nakłuwaliśmy kilkakrotnie ten *prolapsus* starając się natrafić na ropień, ale początkowo daremnie, aż po blisko 2 tygodniach szczęśliwie na takowy trafiliśmy; poczém wypłynęła wielka ilość ropy, a zgłębnik mogliśmy na 4 cm. do mózgu zapuścić w kierunku ku podstawie; do jamy włożyliśmy sączek, przez który dość znaczna ilość ropy w następnych dniach się wydziela, mianowicie jeżeli przy zmianie opatrunku ułożymy chorego na lewy bok z głową na dół pochyloną. Przy każdéj zmianie opatrunku wymywamy jamę 2% roztworem kwasu karbolowego i powoli sączek skracamy; oprawa Listera. Przez cały ten czas chory czuł się całkiem dobrze.

Dnia 29 sierpnia 1879 r. rana zupełnie się zagoiła; zéz ustąpił. Dnia 18 września 1879 r. po raz ostatni widzieliśmy naszego chorego, jest on zupełnie zdrowy. Na mały defekt w kości zaleciliśmy tymczasem kauczukową płytę.

Przypadek ten zasługuje z dwóch względów na uwagę: Raz że domniemany ropień mózgu rzeczywiście po trepanacyi się ukazał, chociaż dopiero po kilkakrotnych bezskutecznych próbach, a powtóre, że się zakończył wyzdrowieniem. Dotychczas nie zbyt wielką ilość podobnych przypadków znajdziemy opisanych w literaturze: albo po trepenacyi nie udało się znaleść przy nakłuciu ropnia albo też po otworzeniu ropnia chory umarł. (*cf.* Bergmann l. c. str. 525 i następne, gdzie autor o jednym własnym przypadku trepanacyi i dwukrotnego bezskutecznego nakłucia mózgu wspomina, a późniejsze badanie na zwłokach wykazało, że raz na prawo, a drugi raz na lewą stronę ropień chybił).

Przy téj sposobności podamy w ogólnych zarysach krótko wskazania do trepanacyi czaszki po urazie, którą to operacyję, jak wiadomo, dawniéj bardzo często wykonywano, późniéj bardzo ograniczono, a teraz w nowszych czasach, po zaprowadzeniu oprawy Listera, znowu częściéj zalecają. Ztąd trudno obecnie podać dokładnie wskazania do trepanacyi, kiedy jeszcze zdania się ścierają, a trudniéj jeszcze załatwić sprawę w kilku słowach.

1. Przy złamaniach czaszki, gdzie części miękkie i skóra ponad złamaniem są nieuszkodzone, należy się w ogóle wstrzymywać od trepanacyi. Wyjątki stanowićby mogły tylko takie przypadki,

gdzie zachodzi zdruzgotanie kości (*Splitterbruch*), przyczém cząstki nie pozostają w związku z resztą ciała i które odumrzeć muszą. Takie przypadki atoli bardzo często szybko się śmiercią kończą; z drugiéj strony zaś trudno rozpoznać zupełne odłączenie się odłamków nawet od części miękkich. Jeżeli późniéj odumrą i oddzielą się ziarniną, natenczas koniecznie trzeba, rozumie się, je wydalić przez nacięcie skóry. Daléj możnaby zrobić wyjątek od powyższego ogólnego prawidła przy złamaniach, gdzie ostre końce odłamka drażnią mózg, gdyby podobne przypadki, z resztą bardzo rzadko się zdarzające, na pewno rozpoznać można. Najczęściéj takie złamania powstają skutkiem uderzenia ostremi ciałami, a ztąd zwykle i skóra bywa zranioną.

2. Złamania kości czaszki w liczne odszczepy, połączone z zranieniem części miękkich (*complicirte Splitterfracturen*), wymagają wydalenia odszczepów, a jeżeli te są podsunięte, trepanacyi.

3. Nie wymagają trepanacyi złamania obszerniejsze połączone z zranieniem skóry (*complicirte, verbreitete Knochenbrüche*) choćby wtłoczone. Zabiegi nasze lecznicze powinny się tu ograniczyć do zwykłych przy złamaniach komplikowanych z resztą teraz używanych środków: oczyszczać dokładnie ranę, wymyć 5% rozczynem kwasu karbolowego, poodcinać zmiażdżone strzępki, nareszcie tu lub owdzie wystający ostry koniec kości ogładzić, sączki odpowiednio założyć, zeszyć jeżeli można skórę, i założyć oprawę Listera, — to nasze zadanie.

4. Przerwanie naczyń czaszki i krwotoki z nich połączone ze zranieniem skóry wymagają trepanacyi, jeżeli na miejscu zranienia nie są przystępne.

Podwiązaniu lub okłuciu (*Umstechen* Hüter) należy się tu pierwszeństwo przed uciskiem rozmaitemi kleszczykami (*Compressorium*) n. p. Graefego.

5. Również wskazują zranienia naczyń w czaszce trepenacyję, chociaż skóra jest nietkniętą (*nicht offene Blutungen*), jeżeli tylko nam się uda rozpoznać zranienie naczynia. Objawy ucisku mózgu występujące dopiero po pewnym czasie po zranieniu i powoli się wzmagające, oraz miejsce zranienia, odpowiadające przebiegowi tętnicy czaszkowéj, mogą posłużyć do rozpoznania.

6. Nareszcie należy ropień mózgu bezwarunkowo uważać za wskazanie do trepanacyi. Częstszemu wykonaniu téj operacyi na podstawie tego wskazania przeszkadza nieraz trudność w rozpoznaniu.

III. przypadek tyczy się wypiłowania prawéj połowy dolnéj szczęki, oraz wycięcia części odpowiedniéj wargi i policzka, części zajętych rakiem. W grudniu 1878 r. wycięto gdzieindziéj raka dolnéj wargi, po 3 miesiącach nastąpiła recydywa, a w lipcu 1879 r. wykonaliśmy powyższą operacyję. Defekt części miękkich, dość znaczny, dał się zupełnie pokryć przez przesunięcie płatów i cała rana w przeciągu 20 dni się zagoiła, bez znacznego zeszpecenia chorego. Po upływie 3 tygodni opuścił chory nasz zakład, a mógł już wtenczas bez trudności jeść płynne potrawy. Późniéj dowiedzieliśmy się, że chory umarł na recydywę.

Dodajemy przy téj sposobności, że w ogóle na 11 operacyj raka zauważyliśmy w 7 przypadkach recydywę po dość krótkim czasie.

---

## IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin**, II. Auflage, II Hälfte, Wien 1880, Urban et Schwarzenberg, in 8vo, str. 401—867, z 35 rycinami.

Pół roku zaledwie minęło, odkąd pojawiła się 1sza połowa 2go wydania dzieła prof. Hofmanna (omówiona w Nr. 24 z r. b.), a już możemy zdać sprawę Czytelnikom Przeglądu Lek. z połowy 2iéj, i zwrócić ich uwagę na dzieło to znakomite, które dopiero za dni kilkanaście okaże się w handlu księgarskim. Nadzieja, wypowiedziana w ocenie części 1éj, że dzieło prof. H. w wydaniu 2giém nie będzie już kadłubem, lecz wiernem odzwierciedleniem całéj nauki naszéj, ziściła się w zupełności, bo ostatni bardzo obszerny rozdział (130 stronnic zajmujący) traktuje o psychopatologii sądowéj, któréj brak w 1ém wydaniu mocno czuć się dawał. Zanim z kolei przejdziemy do rozbioru tego ważnego działu, wspomnieć nam wypada o zmianach, które spostrzegliśmy w rozdziałach innych, w téj połowie się mieszczących. Nasamprzód spotykamy się z rycinami, z których 4 odnoszą się do badania włosów, 4 inne zaś do szczelin w czaszce noworodka, polegających na wadzie kostnienia, 2 inne znów do strangulacyi; ryciny te wyjęte są z rozpraw autora, przed kilku laty ogłoszonych. Sześć rycin służy do uzmysłowienia złamań czaszki za pomocą młota, według własnych preparatów; najwięcéj zaś, bo 17 rycin, odnosi się do śmierci z powieszenia. Z nich jedna wyjaśnia, w jaki sposób postronek na szyję założony wywołuje z jednéj strony zamknięcie dróg oddechowych, a z drugiéj ucisk dużych naczyń krwionośnych na szyi; dwie uzmysławiają przebieg brózdy na szyi powieszonego, a reszta rozmaite położenia, w których zmarłych z powieszenia się napotyka. Z tych 17 rycin 11 wyjętych jest z dzieła Tardieua o powieszeniu, reszta zaś odpowiada przypadkom przez autora spostrzeganym. Wreszcie dwie mniéj potrzebne ryciny przedstawiają płuco noworodka i jądro kostne w nasadzie dolnéj kości udowéj płodu donoszonego.

Jak w połowie 1széj, tak i w niniejszéj w rozdziałach poszczególnych nie można było spodziewać się zmian znaczniejszych, skoro dwa lata zaledwie ubiegły od chwili ukazania się wydania 1go; ale za to uwzględnione zostało wszystko, co tylko w ostatnich dwóch latach na polu medycyny sądowéj, a nawet w innych dziedzinach lekarskich, się ukazało, jeżeli tylko z medycyną sądową jakąś miało styczność. Naprożno oglądalibyśmy się za jakiémś pominięciem pracy ważniejszéj, i zaprawdę podziwiać należy niezwykłą skrzętność i sumienność w zestawieniu literatury; pracowitości téj autor zresztą w każdéj swéj pracy składa dowody. Uwzględniwszy z jednéj strony prace obce, wzbogacił autor z drugiéj strony wydanie niniejsze wszystkiemi ważniejszemi przypadkami sądowo lekarskiemi, w które zwłaszcza metropola austryjacka obfituje. Z tych przypadków zasługują na szczególną uwagę: przypadek badania włosów (str. 407), przedarcie mięśnia sutkomostkowego u człowieka, który odebrał sobie życie przez powieszenie (str. 481), oderwania się powrozu śród wieszania i śmierć z pęknięcia kości czaszkowych (str. 489), dwa przypadki samozduszenia się (str. 503), przypadek otrucia kilkunastu osób gazem świetlnym, który zdarzył się we Lwowie, a opisany został przez kol. Feigla w rozprawie o otruciu gazem tlenku węgla (co do przypadku tego obrona zasięgnęła opinii naszéj a następnie prof. Hofmanna), daléj przypadek dzieciobójstwa, w którym obwiniona twier-

działa, że dziecku swemu martwo-urodzonemu sama powietrze wdmuchiwała (str. 643). Oprócz licznych drobnych zmian zasługują na uwagę dodatki większe w dziale o otruciu (otrucie kw. szczawiowym str. 377, solami barowemi str. 390, benzyną i petrolejem str. 603, o otruciu gazem świetlnym str 605), daléj dodatek o tłuszczowosku (str. 715) i krótka wzmianka o ptomainach (str. 571). Wreszcie mówiąc o śmierci skutkiem rażenia piorunem zwraca uwagę, że rodzaj ten śmierci może czasem mieć znaczenie sądowo-lekarskie. Wzmianka ta, oraz przytoczenie dwóch przypadków odnośnych, przypominają nam przypadek przytoczony w pierwszém dziele sądowo-lekarskiém Fortunata Fidelisa: *„Iter extra urbem simul sodales faciebant; oborta tempestate unum ex his fulmen confecit; hujus propinqui miserum illum a suis sodalibus perditum enectumque fuisse suspicati, jure egerunt, ut digna de eis poena sumeretur; nec antea illi judicio soluti sunt, quam per medicorum relationes constitit, fulmine illum neque aliter fuisse percussum"*. (*De relationibus medicorum*, księga IV, rozdział ostatni). (Dok. n.)

Prof. F. A. Falck (w Kielu): **Lehrbuch der prakt. Toxikologie**, Stuttgart 1880, F. Enke, in 8vo, str. 340 (cena 8 marek).

Książkę tę, która przed kilku tygodniami dopiero opuściła prasę, sumiennie polecić możemy lekarzom i słuchaczom medycyny, dla których autor ją przeznaczył. Stanowi ona dobry podręcznik zwłaszcza dla lekarzy sądowych, ponieważ autor wszędzie uwzględnia ich potrzeby. Składa się z części ogólnéj, w któréj znachodzimy bardzo praktyczne uwagi nad działaniem trucizn, rozpoznaniem i sądowo-chemicznem dochodzeniem otrucia oraz nad jego leczeniem, — i z części szczegółowéj, w któréj autor przechodzi wszystkie otrucia, z któremi w praktyce mamy do czynienia. Przy każdéj truciznie podane są własności jéj chemiczne i fizyczne, pochodzenie, stosunki etyjologiczne i statystyczne, daléj symptomatologija, bieg i leczenie, wreszcie wyniki doświadczalne i sposoby dochodzenia sądowego. W dodatku znajdujemy tablicę, obejmującą wykaz dawek największych według farmakopei niemieckiéj oraz dawek najmniéjszych, które stały się już przyczyną śmierci tak u dorosłych jakoteż u dzieci. Literaturę zna autor dokładnie, szkoda tylko, że podając wszędzie nazwiska autorów nie podaje zarazem i czasopism, w których prace ich zamieszczone były.

Powtarzamy, że dzieło Falcka odpowiada potrzebie lekarzy praktycznych i sądowych i uwzględnia prace nawet najnowsze; niema ono jednak téj wartości naukowéj co toksykologija Hermanna, która pod względem teoretycznym stoi nierównie wyżéj i świadczy o samodzielności, podczas gdy książka w mowie będąca uchodzić może co najwięcéj za zręczną kompilacyję. Uderzającą jest tylko jedna okoliczność: otóż autor podaje przy każdém otruciu wynik oględzin pośmiertnych, jednak nawet przy otruciach często się zdarzających i pod względem anatomo-patologicznym dobrze znanych, jak np. przy otruciu kwasem siarkowym, tlenkiem węgla itd., powołuje się tylko na opisy cudze, a używając wyrazów: „podają, opisują", tém samém zdradza, że sam sekcyi podobnéj nie widział. A przecież autor nie jest chemikiem, lecz lekarzem i profesorem na wydziale lekarskim w Kielu. *L. B.*

**Alt. A. Compendium der normalen und pathologischen Histologie des Auges. Wiesbaden, 1880.** Ocenił Dr. E. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

6) Stellwag opisał w swojéj oftalmologii przypadki osyfikacyi blizn rogówkowych, czego oprócz niego dotąd nikt nie stwierdził. Autor znalazł złogi wapna złożone w sam miąższ rogówki, i to w ten sposób, iż złogi tworzą długie smugi, zkąd wnosi, iż wapno pozostało w patologicznie wytworzonych naczyniach.

7) Kanał Schlemma, a względnie komunikacyja tegoż z przkodkową komórką, ma w okulistyce klinicznéj donioślejsze znaczenie, odkąd istnieje teoryja jaskry podana przez Kniesa i Webera. Zdaniem Alta istnieje niezawodnie *plexus venosus* Lebera, ale także i kanał Schlemma, jak twierdzili Schwalbe i Waldeyer. Komunikacyja da się bardzo dokładnie wykazać, gdyż na pewnych przecięciach widać, jak przybłonek przodkowéj komórki w dalszym nieprzerwanym ciągu wyściela przewody prowadzące do kanału Schlemma, a wreszcie i sam kanał.

8) W dwóch przypadkach rozpoczynającego się zaniku gałki ocznéj widział autor w naczyniach twardówkowych i przodkowych rzęskowych takie zmiany mikroskopijne, które zdaniem jego za tém przemawiają, że nie wszystkie naczynia zanikają, lecz że także niektóre biorą czynny udział w wytwarzaniu się tkanki łącznéj, czyli że z komórek naczyń wytwarza się tkanka łączna. Przybłonek naczyń przez dzielenie się jąder i powiększenie komórek zajmuje całe prawie światło naczyń. Tu i owdzie znachodzi autor nawet komórki olbrzymie mieszczące w sobie 6 do 15 jąder. Niektóre komórki mają wyraźnie kształt podłużny, wrzecionowaty.

9) Dotąd wątpliwą jest rzeczą, a żali cała przodkowa ściana tęczówki jest wyścielona przybłonkiem. Faber twierdził, że jest wyścielona i że przybłonek dochodzi aż do brzegu źrenicznego zapuszczając w sam obręb źrenicy brodawkowate wypustki. Inni twierdzili, że tylko miejscami znajduje się przybłonek (Arnold) i opisali bardzo dokładnie jądra i dachówkowate ułożenie przybłonka. Sprzeczności powyższe autor wyjaśnia w ten sposób, że przybłonek bardzo łatwo odpada, tak że tylko na świeżych preparatach da się wykazać.

10) Iwanow pierwszy na to zwrócił uwagę, że w oczach krótkowidzących przeważają podłużne włókna mięśnia rzęskowego, w oczach zaś nadmiarowych okrężne — prawda że nie bez wyjątku. Spostrzeżenia te nie dały się zużytkować w celu wyjaśnienia teoryi o akomodacyi, owszem one mówią w części przeciwko obecnie przyjętéj teoryi (Donders, Loring). Podłużne włókna służą przeważnie na to, aby zwolnić obwódkę Zinna. Hypermetrop musi silnie akomodować a więc według teoryi fizyjologicznéj przerostu tych mięśni, które często się kurczą, powinny u hypermetropów włókna podłużne być dobrze rozwinięte. Tego anatomiczne badania nie wykazują, lecz jak wspomnieliśmy, rzecz zupełnie przeciwną. Autor sądzi, że już samo wydłużenie gałki ocznéj wystarcza, aby przeważały włókna podłużne, czém tłumaczy to, co znachodzimy u myopów. Na dowód, iż tak jest, przytacza, że w oczach, gdzie było *Staphyloma ciliare*, zawsze, a w oczach gdzie było *Staphyloma corneo-sclerale* często napotykał taki stosunek pomiędzy włóknami okrężnemi a podłużnemi jak u myopów, chociaż zresztą budowa oka była prawidłowa. Autor sądzi, że przewaga podłużnych włókien u myopów ztąd pochodzi, iż się oko u nich wydłuża a nie pozostaje w związku z akomodacyją. Autor znalazł także w oczach noworodków o miarowéj budowie bardzo rozwinięte włókna podłużne mięśnia rzęskowego. Być może, iż to są oczy, w których późniéj byłaby się rozwinęła myopia postępowa.

11) Wiadomo, iż Schmidt-Rimpler, a w monografii swojéj o chorobach naczyniówki także i Wecker (Graefe i Saemisch IV), nie odróżniają surowiczego zapalenia naczyniówki od jaskry zapalnéj. Autor na podstawie badań histologicznych dowodzi, że rozróżnienie anatomiczne tych chorób jest możebne. W przypadkach jaskry, w przeważnie większéj ilości przypadków, nie można znaleźć zmian patologicznych (?) w naczyniówce. Zapalenia zaś surowicze cechują pewne zmiany, których niewątpliwe wykazanie, zdaniem naszém, ulega wielkim trudnościom. Autor twierdzi, iż zawsze zachodzi przekrwienie naczyń naczyniówkowych, a przeważnie żylnych, które obejmują całą naczyniówkę, albo tylko pewną część téjże, a szczególnie grubsze naczynia żylne. W tkaninie naczyniówkowéj znachodzi on wydzielinę surowiczą, nawet i w nieświeżych okazach, która zdaniem jego za życia zapewne zawsze się tam znajduje. Ciecz surowiczą napotyka on przeważnie w wewnętrznych warstwach naczyniówki, a mianowicie pomiędzy *lamina vitrea* a przybłonkiem, albo pomiędzy tymże a siatówką, a nawet w obwodowych częściach ciałka szklanego. Można śmiało twierdzić, że podane przez autora cechy nie wystarczają, aby anatomiczne rozróżnienie wyżéj wspomnianych spraw chorobowych przeprowadzić, a to tém mniéj, że rozpoznanie przekrwienia i wydzieliny surowiczéj bardzo często należy do najtrudniejszych rozpoznań mikroskopijnych, jeżeli już nie w zakres tych, w których dowolność i powaga badającego rozstrzyga.

Nakoniec dodać musimy, że nas dziwi, iż książka ze wszech miar ciekawa, mająca wartość naukową, która wreszcie jako kompendium była na czasie, pomimo to, iż ją blisko od roku w naszych rękach mamy (wyszła jeszcze w październiku 1879), nie znalazła w literaturze niemieckiéj dotąd należytéj oceny.

**Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army. Authors and Subjects. Vol. I. A. — Berliński. With a List of abbreviations of titles of periodical indexed. Washington. Government Printing Office** 1880. Bardzo wielka 8ka, str. VI. (126), 888.

Pod tym tytułem wydał naczelny urząd lekarski armii Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnéj pierwszy tom katalogu dzieł lekarskich swéj biblijoteki. Publikacyja ta, która sądząc z tomu pierwszego dojdzie niewątpliwie do olbrzymich rozmiarów, przechodzi swą formą zewnętrzną i układem umiejętnym wszystko, co dotychczas, według naszych przynajmniej wiadomości, zrobiono w zakresie biblijografii lekarskiéj, lubo nie rości sobie pretensyi do zupełnéj dokładności będąc po prostu tylko katalogiem biblijotecznym. Przytoczymy kilka dat na poparcie naszego twierdzenia. Spis pism czasowych zajmuje 126 stronnic bitego druku; po nim idzie spis dzieł i artykułów rozrzuconych po najrozmaitszych pismach peryjodycznych, ułożony w ten sposób, że w porządku abecadłowym idą po sobie autorowie i przedmioty, w tych poddziały naukowe, a w tych ostatnich dopiero spis prac według porządku abecadłowego autorów. Spis ten obejmuje w tomie, z którego zdajemy sprawę, 888 stronnic bitego druku we dwóch szpaltach. Przykład najlepiéj objaśni o ogromie podjętéj pracy i zamożności biblijoteki. Tak np. na str. 564 rozpoczyna się artykuł *arsen*: naprzód idzie chemija i farmacyja, następnie działanie fizyjologiczne i terapeutyczne, sposoby przekonania się o obecności arsenu, daléj toksykologija, odtrutki, zatrucie przez wdychanie i wogóle używanie zewnętrzne, o arsenie w rzemiosłach i sztukach, nakoniec o ludziach jadających arszenik, tak że biblijografija arsenu pod względem lekarskim kończy się na str. 579 i obejmuje 16 stronnic. Cały tom obejmuje 9090 nazwisk autorów, koło 9000 tytułów dzieł osobnych i 34,604 tytułów prac w pismach peryjodycznych. Nie potrzebujemy dodawać, iż co się tyczy piśmiennictwa polskiego, praca jest nader dokładną z tytułami dzieł i rozpraw po polsku, a w nawiasie po angielsku.

Forma zewnętrzna dzieła, o którém mowa, jest pod każdym względem tak świetną, iż wobec niéj wstydzić nam się wypada zaprawdę z naszemi wydaniami europejskiemi i uznać z pokorą na widok przerzeczonego katalogu, iż daleko staréj Europie do postępu i przepychu sztuki typograficznéj w Ameryce.

Nie wątpiąc, iż cały świat lekarski z największém uznaniem powita pracę, z któréj zdajemy sprawę, oczekujemy z niecierpliwością dalszych tomów, a tymczasem niech nam wolno będzie za nadesłanie dzieła, o którém mowa, złożyć w imieniu tak Redakcyi *Przeglądu Lekarskiego* jak i Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, jako właściciela „Przeglądu“, Naczelnemu Urzędowi Lekarskiemu Armii Stanów Zjednoczonych jak najserdeczniejsze podziękowanie, a wobec autorów i wydawców prac lekarskich polskich wyrazić nadzieję, że w interesie tak własnym jak i piśmiennictwa ojczystego będą posyłali swe prace do biblijoteki, któréj katalog pod każdym względem tak znakomitą i cenną stanowi publikacyję. *D.*

Prof. Fürbringer: **Przyczynek do wiedzy o białkomoczu przy nerkach zdrowych.**

Znane powszechnie są przypadki białkomoczu u ludzi zresztą zupełnie zdrowych bez wyraźnego cierpienia narządu moczowego. Nie brakuje téż spostrzeżeń tego rodzaju w literaturze (J. Vogel, Ultzmann, Dukes, w ostatnich czasach Leube i Edlefsen). Mniejsza lub większa ilość białka, różna w rozmaitych porach dnia, krótszy lub dłuższy przeciąg czasu pojawiania się, wreszcie zupełne zniknięcie tegoż, to są wspólne cechy opisanych przypadków. Sprzeczność zachodzi tylko w racyjonalném tłumaczeniu tego ze wszech miar ciekawego objawu. Zmienione stosunki difuzyi w błonach przepuszczających, zmianę krążenia w nerkach (Vogel), chemiczne zmiany samego moczu, nieprawidłowy stan innerwacyi nerek (Ultzmann) podawano jako przyczynę tego rodzaju białkomoczu.

Pierwszy Edlefsen, opierając się na pracach Rankego i Runeberga, uwzględniając osiągnięte w nich wyniki: „że przesiąkanie białka odbywa się w kłębkach Malpighiego, że takowe pojawia się przy zmniejszeniu ciśnienia krwi w pętlach naczyniowych lub zwiększeniu parcia w kanalikach moczowych“ — uwzględniając daléj poczynione własne obserwacyje, stwierdzające białkomocz po nasileniach ciała i to u ludzi bezkrwistych, na tych szczegółach opiera swoje tłumaczenie. Czynność mięśni odprowadza pewną ilość krwi z organizmu, a w takim razie parcie krwi w tętnicach, tém samém i kłębkach, zmniejszyć się musi; nadto praca mięśniowa u ludzi bezkrwistych pociąga za sobą przyspieszenie czynności serca, nagromadzenie znaczniejsze krwi w małém krążeniu a w następstwie przepełnienie żył otaczających kanaliki moczowe, tém samém ich zwężenie, przez co musi powstać parcie wsteczne ze strony moczu. W ten sposób, zgodnie z prawami przesiąkania białka wedle Runeberga, objaśnił Edlefsen to zjawisko.

Autor, który spostrzegał z całą ścisłością znaczniejszą ilość przypadków białkomoczu u ludzi zdrowych i kilka z nich w całości w swéj pracy przytacza, doszedł do przekonania, że ze wszech miar trafne tłumaczenie Edlefsena nie jest wszakże wystarczającém. Przedewszystkiém zwróciły uwagę autora dwa bodźce stale wywołujące lub przynajmniéj powiększające ilość ukazującego się białka: wzruszenia asteniczne, przytłumiające (przestrach, żal, boleść) i gwałtowne nasilenia ciała. Ilość moczu w razie wystąpienia lub zwiększenia ilości białka była zawsze mniejszą, mocz więcéj wysycony. Wszelkie wzruszenia przytłumiające zmniejszają energiję serca, wywołują ogólny kurcz tętnic (twarz zapadła, bladość skóry i błon śluzowych, tętno sprychowe nikłe), zaczém iść musi zmniejszenie parcia krwi w kłębkach Malpighiego, a przepełnienie żył nerkowych, gdyż jak doświadczenie uczy, ustępująca krew właśnie gromadzi się w żyłach: *coeliacae, mesaraicae* i *renales*. Są więc warunki do pojawiania się białka w moczu skąpym, wysyconym.

Edlefsen rozebrał przypadki białkomoczu po nasileniach ciała u ludzi bezkrwistych; autor spostrzegając białkomocz z téjże saméj przyczyny u ludzi zupełnie zdrowych i u dzieci, gdzie żaden z obu wyż wspomnianych czynników wykazać się nie dał, bacząc daléj na zmienność w pojawianiu się białka, przychodzi do następujących wniosków:

1) Przechodzenie białka w mocz ludzi zdrowych zależy z wszelkiém prawdopodobieństwem od zmniejszenia się parcia krwi w kłębkach;

2) przypuścić wypada pewną osobniczą drożność błon bez głębszych zmian anatomicznych, nie mniéj

3) pewne wpływy nerwowe, które najrychléj chwilowe pojawienie i ustępowanie białka wytłumaczyć mogą. (*Zeitschrift f. klin. Med. I. Bd.*) *Dr. K. Bossowski.*

A. Praetorius: **O działaniu chlorku pilokarpinu w mocznicy.**

Wobec panującéj teraz epidemii płonicy i sporu między powagami lekarskiemi co do działania pilokarpinu, sądzę, że na czasie będzie zdać w krótkości sprawę z pracy Praetotoriusa, asystenta prof. Kothsa w Strassburgu, traktującéj o działaniu pilokarpinu i wynikach leczniczych tegoż w mocznicy, w formie wstrzykiwań podskórnych użytego.

Przeszedłszy pokrótce historyję pilokarpinu i jego rozpowszechnienie, autor przystępuje do tłumaczenia jego działania farmakodynamicznego, szczególniéj nacisk kładąc na wyniki badań Bardenhewera i Leydena, Demmego i Zielewicza którzy pierwsi określili oddziaływanie ustroju dziecięcego na pilokarpin. Daléj rozwodzi się nad wynikami użycia tego środka w mocznicy przez innych badaczy jak Boegeholda, v. Brunsa i Kurtza.

Działanie pomyślne pilokarpinu w mocznicy uzasadnia on w sposób następujący (na podstawie teoryi powstania mocznicy Traubego-Rosensteina, według których przyczyną mocznicy ma być hydremija z następowym uciskiem naczyń włosowatych mózgu i podniesioném ciśnieniem w systemie tętniczym): Pilokarpin według badań Leydena działa drażniąco na ośrodki nerwów rozszerzających naczynia, w skutek czego następuje zwolnienie napięcia ścian naczyń, ztąd trudniejsze przepacanie się surowicy a następnie zmniejszenie ciśnienia przepoconéj surowicy na naczynia włosowate mózgu; zwiększając zaś światło naczyń obwodowych, zmniejsza ciśnienie w systemie tętniczym, działa przeto odwodząco.

Tak pogodziwszy teoryję Traubego, Rosensteina z badaniami Leydena, P. przystąpił do przekonania się na chorych, czy ta teoryja da się także w praktyce spożytkować. Przedmiotem badań było 11, dzieci w wieku od 4 do 14 lat, u których po płonicy wystąpiło zapalenie nerek z następową mocznicą. Z tych 11tu chorych 6 wyzdrowiało zupełnie po jedno- lub trzechrazowém wstrzykiwaniu pod skórę pilokarpinu w ilościach od 0,002 do 0,02 gr. odpowiednio do wieku i stanu odżywienia chorego. Tę liczbę pomyślnych wypadków P. uważa za bardzo korzystną wobec prawie wszystkich śmiertelnie się kończących przypadków mocznicy przy inném leczeniu w téjże saméj klinice.

Z reszty pięciu przypadków umarł jeden z zapalenia płuc, drugi z zapalenia otrzewnéj, trzy zaś ostatnie, jakto mikroskopijne badanie wykazało na zapalenie warstwy korowéj nerek.

Zważając najwięcéj na funkcyje nerek śród działania pilokarpinu, dostrzegł autor, że nie w wszystkich 11tu przypadkach nastąpiło natychmiastowe przyspieszenie wydzielania moczu, w niektórych bowiem ilość wydzielonego moczu dopiero w drugim lub trzecim dniu po zastrzyknięciu zwiększała się, z czego wnosi (niezgodnie ze zdaniem Demmego i Zielewicza), że pilokarpin nie wywiera bezpośredniego wpływu na czynność nerek.

Wreszcie wnosi: *a*) że pilokarpin daje wszelkie szanse pomyślnego skutku w mocznicy, zaraz w początkach téjże użyty, t. j. przy zmniejszonéj ilości moczu, bólu głowy i wymiotach, przyczém możliwe zapady radzi usuwać koniakiem lub lotnikiem; *b*) że współcześnie występujące inne komplikacyje nie stanowią przeciwwskazania do tego użycia (tyczy się to przypadku mocznicy powikłanego z zapaleniem płuc nieżytowém, gdzie pilokarpinu z pomyślnym skutkiem użyto); *c*) że pomimo ujemnych wyników w trzech przypadkach mocznicy, wywołanéj przez zapalenie nerek korowe, nie widzi przyczyny zaniechania użycia pilokarpinu, gdyż trudno za życia rozeznać, z jaką formą zapalenia nerek mamy do czynienia. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XV 3/4 Bd. 1880*)

*Dr. W. K.*

Prof. Langenbeck: **O oprawach tripolitowych.**

Dnia 7 listopada rb. miał prof. L. wykład w Towarzystwie lekarskiém w Berlinie, zalecający do ustalających przyrządów i opraw nowy materyjał, lepszy i trwalszy od gipsu. Jest nim t. zw. tripolit, kamień zastosowany do robót sztukateryjnych i dekoracyjnych najpierw przez Schenka w Heidelbergu, a wystawiony i odznaczony na wystawach w Brukseli i Mannheimie, jako materyjał lżejszy od gipsu i opierający się lepiéj wpływom wilgoci i powietrza. Zastosowanie w chirurgii zawdzięcza przypadkowi: gdy bowiem ajent z fabryki Schenka złamał był sobie kość ramieniową a prof. Krönlein założył mu oprawę gipsową, którą już po kilku dniach musiano zmienić, zaproponował tenże Krönleinowi zastąpienie gipsu tripolitem, z którego też zaraz oprawę zrobiono. Odtąd używano go często w klinikach berlińskich, a L. w prywatnéj praktyce kilka razy miał sposobność przekonać się o jego wartości. Tripolit składa się przeważnie z wapienia i krzemu i przedstawia szary proszek bardzo miękki i delikatny z wodą łatwo na papkę rozrobić się dający; do opraw i przyrządów ustalających używa się go w ten sam sposób co gipsu, tylko opasek gazowych wypełnionych tripolitem nie należy długo trzymać w wodzie, a do rozrobienia masy nie używać dużo wody.

Zalety, jakie posiada tripolit przed gipsem, są następujące:

1) Tripolit przyciąga z powietrza mniéj wilgoci i dłużéj może być bez szkody narażony na działanie powietrza;

2) Oprawy z tripolitu są lżejsze i dla chorych przyjemniejsze; przy równéj objętości oprawa gipsowa ważyła 604 grm. a tripolitowa 5C8 grm., po 5 zaś tygodniach gipsowa 470 gr. a tripolitowa 413 grm.;

3) Oprawy z tripolitu prędzéj tężeją, bo gdy gips potrzebuje co najmniéj 10—15 minut do wyschnięcia a w razie wilgoci nawet po kilku godzinach jest jeszcze miękkim, twardnieje tripolit zawsze po 3—5 minutach;

4) Tripolit po wyschnięciu i stężeniu nie zmienia się wcale w wodzie i wody więcéj nie przyjmuje, dla tego chorzy z oprawą tripolitową mogą się wygodnie kąpać, jeżeli tylko przeszkodzimy za pomocą opaski gumowéj dostaniu się wody pod oprawę;

5) Tripolit jest nieco tańszy (kilo o 4 fenigi) od gipsu. *(Berl. klin. Woch. Nr. 46).* *Dr. T. W.*

Prof. Mosetig-Moorhof: **Doświadczenia z jodoformem przy opatrywaniu ran pooperacyjnych.**

Każdemu chirurgowi znane są przypadki, które, po wykonaniu operacyi, najczęściéj resekcyi z powodu miejscowéj sprawy gruźliczéj w kości albo guza białego w stawie, w pierwszym, a nawet drugim, tygodniu po operacyi wyglądają bardzo pięknie i każą się spodziewać zagojenia *per primam,* w dalszym przebiegu zawodzą nasze oczekiwania i na pozór bez żadnéj przyczyny przybierają niedobre wejrzenie, a mianowicie w trzecim lub czwartym tygodniu rana lekko obrzmiewa, brzegi jéj czerwienieją lub sinieją, granulacyje dawniéj żywo czerwone więdną i nieco sinieją lub pokrywają się żółtawo białym osadem i łatwo krwawią, z otworów, któremi dreny przeprowadzono, wypływa wydzielina rzadka, serwatkowata, czasem mocno cuchnąca i mięszająca się z gęstą wydzieliną ropną na powierzchni się tworzącą, chory uskarża się przy każdéj zmianie opatrunku na silne bóle, jedném słowem występują objawy, które aż nadto świadczą że w głębi rany, najczęściéj w kości, rozwija się na nowo sprawa gruźlicza. Otóż w takich przypadkach, opierających się zwykle wszelkim zabiegom leczniczym i kończących się bardzo często odjęciem odnogi, zaczyna prof. M. używać jodoformu, chcąc się przekonać, czy jodoform potrafi wybuchowi wtórnemu sprawy gruźliczéj lub zapalnéj (tak zwanéj *fungöse Entzündung*) zapobiedz lub ją ograniczyć, powtóre czy wessany przez ranę nie wywoła w ustroju szkodliwych następstw. Stosuje go zaś w ten sposób, że sproszkowanym jodoformem posypuje całą ranę za pomocą szpatułki lub łyżeczki aż do zupełnego jéj pokrycia, na to kładzie watę Brunsa, obwija wreszcie całą ranę papierem gumowym, pozostawiając taki opatrunek w spokoju, dopóki nie przesiąknie; jeżeli z rany prowadzą zatoki w głąb do stawu lub kości drążące, wprowadza proszek do wnętrza tychże za pomocą *porte-reméde.* Sądząc z przypadków dotychczas do doświadczeń użytych i w niniejszéj pracy przytoczonych, rezultaty M. można nazwać pomyślnemi, a spostrzeżenia wykazały, że po założeniu opatrunku jodoformowego chorzy nie skarżyli się nigdy na ból, w żadnym przypadku nie wystąpiły objawy zatrucia jodowego, chociaż jod w moczu dał się stale wykazać, gojenie się rany postępowało zawsze bez gorączki, wydzielina była skąpa i tylko surowicza, róży lub innéj choroby przyrannéj nie było, a opatrunek, zwłaszcza dobrze przylegający, można było zostawić przez 2 do 3 tygodni. (*W. mediz. Wochenschr.* Nr. 44, 45, 46). *Dr. T. W.*

Prof. Schrötter. **O zwężeniach tchawicy.**

Zwężenia tchawicy bywają dwojakie: jedne powstają przez ucisk na tchawicę od zewnątrz, przyczyną drugich bywa cierpienie ścian tchawicy. Zwężenie pierwszego rodzaju wywołuje najczęściéj powiększony gruczoł tarczykowy, a mianowicie małe, głęboko położone, guzy tegoż, nieraz zaledwo dostrzegalne, sprawiają najsilniejsze zwężenie, a uciskiem swym sprawiając zmiękczenie pierścieni chrząstkowatych zamieniają tchawicę na miękki worek, przedstawiając podobieństwo do pochwy od szabli; rzadszą przyczynę zwężenia stanowią tętniaki, które przy obecnym sposobie badania wziernikiem można wykazać wcześniéj, zanim wystąpią inne objawy tętniaka przez opukiwanie i słuchanie wybadać się dające; najrzadziéj zwężają tchawicę guzy śródpiersia *(in mediastino)*, raki w przełyku albo téż ropnie i zapalne obrzęki gruczołów limfatycznych w pobliżu tchawicy się znajdujące. Tę formę zwężeń opracował dokładnie Türck i jemu téż należy się zasługa wydoskonalenia tracheoskopii, bez któréj ani myśleć można o dokładném rozpoznaniu przyczyny zwężenia.

Drugi rodzaj zwężeń, rozwijający się na podstawie sprawy chorobowéj w ścianach tchawicy, należy do rzadszych. Czasem obce ciała bywają ich przyczyną, które raniąc nieraz ścianę tchawicy wywołują głębokie wrzody, pozostawiające po wygojeniu zwężające blizny; w bardzo podobny sposób powstają wrzody z powodu ucisku rurki tchawicowéj a brzegi ich wyniosłe i ziarninowe bardzo łatwo zwężać mogą tchawicę i nie pozwalają na usunięcie rurki. Przerost błony śluzowéj lub ograniczone wybujałości, powstające przy przewlekłym śluzoropotoku tchawicy Störcka, blizny po ospie, błonicy, a bardzo często po wrzodach kiłowych, wreszcie nowotwory pierwotne w krtani (Papilloma, Sarcoma lub Carcinoma), oto dalsze i liczne przyczyny wywołujące zwężenie tchawicy. Leczenie zwężenia polega na zakładaniu do tchawicy rurek długich, najprzód przez Trousseaua podanych, a przez Billrotha i Königa zmodyfikowanych, w nagłym przypadku wystarczy założenie do tchawicy zwykłego szerokiego cewnika elastycznego; w razie istniejącego tętniaka należy cewkę bardzo ostrożnie wsuwać; powiększony gruczoł tarczykowy, sprawiający zwężenie, należy wyjąć. Wykład swój objaśnił S. licznemi okazami tak chorych, jak i preparatów. (*W. mediz. Blätter* N. 47). *Dr. T. W.*

Prof. Czerny: **Przypadki wycięcia kawałka kiszki** *(resectio intestini).*

(Dokończenie. Patrz Nr. 48.)

Przypadek III wycięcia z pomyślnym skutkiem dwóch kawałków kiszki nowotworem zajętéj ma wielką doniosłość i upoważnia niejako do wykonywania tego rękoczynu w rozpaczliwych przypadkach nowotworu kiszek, opierających się wszelkiemu innemu leczeniu i oddanych z góry na łup śmierci. A chociaż Cz. w przypadku tym spodziewa się na pewno recydywy, to jedna trzecia część przypadków, przez Billrotha operowanych, wyleczona zupełnie nakazuje z pewną ufnością spoglądać w przyszłość, jeżeli tylko dokładne rozpoznanie umożebni wcześniejsze przystąpienie do operacyi. Ponieważ przypadek ten tak z powodu rozpoznania jak i saméj ope-

racyi jest nader zajmującym, pozwalam sobie przytoczyć go nieco obszerniéj:

Chora, 47 lat licząca, spostrzegła po raz pierwszy we wrześniu 1879 po lewéj stronie brzucha obrzęk bolesny, rozlany, rozciągający się od łuku żebrowego do kości biodrowéj, który znikł pod zimnemi okładami, pozostawiwszy po sobie w lewéj zatoce biodrowéj guz wielkości orzecha włoskiego. Do kliniki zgłosiła się chora dnia 1go marca 1880, a wtedy stwierdzono znaczne wychudnienie, po lewéj zaś stronie brzucha guz wielkości jaja kurzego w środku między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj położony, nieco przesuwalny, ze skórą i powłokami niezrośnięty, przy ucisku bolesny, z odgłosem wypukowym przytłumionym. Gruczoły obwodowe niepowiększone, badanie *per vaginam et rectum* wykazało stan prawidłowy w dolnych narządach brzucha. Za cóż ten guz uważać? Na guz śledziony albo nerek był on za mały, związek z narządami płciowemi dał się stanowczo wykluczyć; nie był guzem pozaotrzewnowym, gdyż leżał dosyć powierzchownie i więcéj z boku; pozostały do przypuszczenia jedynie nowotwory sieci albo kiszki, pierwsze zwykle bywają guzowate, nierówne i rychło wywołują puchlinę brzuszną, na drugie zgodził się Czerny a rozpoznawszy raka kiszki sądził z wielkiém prawdopodobieństwem, że usadowiony on będzie na przejściu kiszki grubéj zstępującéj w zagięcie esowate. Na poleconą operacyję wycięcia kawałka kiszki chora po długiém wahaniu się przystała, którą téż wykonano dnia 27 kwietnia. Cięcie skórne po nad guzem 12 cm. długie i równoległe do włókien mięśnia *obliquus ext.*; po przecięciu otrzewnéj uwolniono i usunięto nieco na bok sieć wielką i przekonano się po bliższém zbadaniu, że nowotwór zajmuje dolną część kiszki poprzecznéj nieco ku dołowi zepchniętéj, ale że podstawa tegoż tak mocno jest zrośnięta z zagięciem esowatém, iż o oddzieleniu mowy nie było. Decyzyja Czernego była krótka, wyciął najpierw kawałek z zagięcia esowego 7 cm. długi i zespoił oba końce 33ma szwami jedwabnemi w dwóch rzędach założonemi, a następnie tak samo sobie postąpił z kiszką poprzeczną, z któréj wyciął kawałek $11\frac{1}{2}$ cm. długi i zespoił oba końce 26 szwami. Po dokładném oczyszczeniu jamy otrzewnéj włożono dren i zespojono brzegi rany szwem podwójnym; operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny; przebieg pooperacyjny następujący: ciepłota bezpośrednio po operacyi 36,3° podniosła się wnet do wysokości prawidłowéj i dopiero w dniu dziesiątym wieczór wynosiła 38,7° a raz tylko w dniu 23cim dosiągła 38,9°, tętno utrzymywało się między 100—120 uderzeń; w pierwszych dwóch dniach 5 razy wymioty, bóle brzucha mierne, w dniu czwartym po operacyi odeszły pierwszy raz wiatry, a w dniu 7mym podano lewatywę z pół litra letniéj wody, po któréj wyszło nieco kału. Pierwszy opatrunek zmieniono w piątym dniu, przy drugiéj zmianie pokazało się w ranie nieco kału, dla tego odjęto szwy i ranę opatrywano odtąd płatkiem zamaczanym w oliwie karbolowéj. W dniu 10tym i 13tym stolec obfity i uformowany po lewatywie, w następnych dniach stolec naturalny, przyczém przez ranę zewnętrzną powoli przestał kał odchodzić; od 9go dnia począwszy podawano choréj polewkę winną, bulion, jaja, wreszcie potrawkę z kurczęcia, a 10go czerwca czyli w 43 dni po operacyi, opuściła chora łóżko i z końcem sierpnia przedstawiła się w klinice. Stan jéj możnaby nazwać świetnym, gdyby nie twardość dająca się wymacać w miejscu operacyi, którą Cz. za recydywę uważał. Na zakończenie podaje Cz. swoje uwagi nad zeszyciem kiszki, a mianowicie gorąco poleca zakładanie szwu dwurzędowego tak, aby szersze powierzchnie kiszki stykały się z sobą, zakłada go zaś w ten sposób, że na 2—3 milim. od wolnego brzegu kiszki wbija cienką igiełkę w błonę zewnętrzną surowiczą a wychodzi igłą tuż przy saméj błonie śluzowéj; w drugim wolnym końcu kiszki na odwrót wbija igłę przy błonie śluzowéj i przebija ją przez błonę surowiczą kiszki, przez co po zawiązaniu brzegi błony śluzowéj dokładnie do siebie przylegają; odstępy między poszczególnemi szwami w obwodzie mają wynosić zaledwo 3—4 militr. Nieco powyżéj zakłada się drugi rząd szwów, zwykłym sposobem Lemberta, obejmujący zespojenie pierwsze a spajający powierzchnie surowicze kiszki; odstępy w drugim rzędzie mogą wynosić pół centymetra. Do szycia używa zwykle jedwabiu wygotowanego w 5% kwasie karbolowym. Zdawaćby się mogło, że przy tym sposobie szycia światło kiszki uledz musi znacznemu ścieśnieniu, tak jednak nie jest, albowiem bardzo mało błony śluzowéj zostaje ku wewnątrz wywiniętéj, a powstały pierścień zewnętrzny, nie wiele światło zacieśniający, jak uczą doświadczenia na zwierzętach, z czasem zupełnie się wyrównywa. (*Berl. klin. Woch. Nr. 45)*

*Dr. T. W.*

Brouardel i Vibert: **Uwagi nad śmiercią z utonięcia.**

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że u ludzi zmarłych z utonięcia napotykamy krew płynną, (Devergie płynność jéj stawia na równi z płynnością wody, co jest przesadą *Sprawozd.)*, i że pomimo wszelkich teoryj dotąd nie wiemy, dlaczego tak u utonionych, jakotéż u ludzi zmarłych w ogóle z uduszenia i śmiercią nagłą, krew płynną pozostaje. (porówn. Hofmanna: *Lehrb. d. ger. Med.* wydanie II). Autorowie na czele wymienieni znalazłszy w dziele Kl. Bernarda (*Leçons sur les liquides de l'organisme* I, p. 33) wzmiankę, iż u psów, którym wstrzykiwano wodę bezpośrednio do naczyń krwionośnych, krew również pozostawała płynną, postanowili dochodzić, ażali podczas utonięcia woda w większéj ilości nie dostaje się do krwi, i którą drogą ona się dostaje. Topili więc zwierzęta w wodzie naprzód powolnie, a potém szybko i w każdym przypadku liczyli za pomocą przyrządu Hayema ilość ciałek krwi przed zanurzeniem zwierzęcia i po wyjęciu onego z wody. Pokazało się, że przy topieniu powolném po śmierci zwierzęcia krew traci $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ ilości ciałek i że ilość ciałek zmniejsza się tém bardziéj, im dłużéj trwa topienie; po szybkiém zaś utopieniu zwierząt nie znaleziono żadnéj prawie różnicy pomiędzy ilością ciałek przed zanurzeniem a po wyjęciu ciała z wody. Że zmniejszenie się ilości ciałek krwi jest tylko względném, zależném od zwiększenia się płynu, nie zaś następstwem zniszczenia ciałek, wynika ztąd, że nie znaleziono ważniejszych zmian w krążkach krwi, a przecież trudno przypuścić, aby znaczna część tych ciałek mogła uledz zniszczeniu zupełnemu, podczas gdy reszta nie przedstawia albo żadnych, albo mało znaczące zmiany. Autorowie przypuszczają więc, że przy topieniu powolném znaczna ilość wody dostaje się do krwi zwierząt, a okoliczność, że ciałka krwi nie ulegają znaczniejszéj zmianie, tłumaczą odmiennem działaniem wody, w miarę tego, czy ona bezpośrednio do krwi się dostaje (przez wstrzyknięcie do naczyń) lub wchłoniętą zostaje na wielkim obszarze. Bacząc na to, że błona śluzowa płuc w wysokim stopniu posiada własność wsysania, już z góry przypuścić należy, że jéj przypada główne zadanie w sprawie absorbcyi płynu, co też potwierdza doświadczenie na zwierzętach topionych po podwiązaniu gardzieli. Na płucach rzadko znajdowali

autorowie wynaczynionki drobne, natomiast nierównie częściéj rozległe wynaczynienia krwi pod opłucną, a na podstawie swych doświadczeń dochodzą do następujących wniosków:

1) Przy powolném zanurzaniu zwierzęcia dostaje się do obiegu krwi ilość wody, równać się mogąca 1/3 części całkowitego objętu krwi.

2) Przy utopieniu bardzo szybkiém woda albo wcale się nie dostaje do obiegu albo w małéj ilości.

3) Absorbcyja wody u tonących odbywa się głównie przez błonę śluzową płuc.

4) Zwierzęta, zabijane przez wstrzyknięcie wody do tchawicy, mniejszą przedstawiają hydremiję, aniżeli zwierzęta topione.

5) Ciałka krwi zwierząt utopionych okazują zmiany bardzo nieznaczne.

6) U zwierząt utopionych znachodzą się często drobne wynaczynionki w miąższu płucnym i w pęcherzykach, a wybroczyny te są przyczyną jasnoczerwonego zabarwienia piany, która czasem wydobywa się z dróg oddechowych.

7) Pewna ilość komórek przybłonkowych w płucach skutkiem działania na nie wody wchłoniętéj ulega zwyrodnieniu ziarnistemu.

Wynik swych doświadczeń na zwierzętach autorowie przenosząc wprost i na ludzi zmarłych z utonięcia twierdzą, że jeżeli człowiek tonie powoli (jeżeli tonąc podnosi się kilkakrotnie nad zwierciadło wody i oddycha), wtedy do obiegu jego krwi zostaje się $^1/_4$—$^1/_3$ części całkowitego objętu krwi, która pozostaje płynną, a więc ani w sercu ani w większych naczyniach nie ma skrzepów. Jeżeli zaś przeciwnie człowiek tonie szybko, wtedy krew jego nie jest rozwodnioną, wtedy znachodzimy skrzepy a zmiany nie różnią się wcale od zmian, przedstawiających się po śmierci z uduszenia w ciałach sypkich lub w gazach nieoddychalnych (z wyjątkiem trujących). W ostatnim razie znachodzimy wybroczyny podopłucnowe kropkowate, w pierwszym przeciwnie mniéj wydatne, ale za to rozległe, jak je już opisali Bergeron i Montano (w rozprawie umieszczonéj w *Annales d'hyg. 1877*). Opierając się na cechach właśnie wspomnionych można w danym przypadku ocenić, czy śmierć była nagłą, lub też nastąpiła dopiero po przydłuższéj, instynktownéj walce przeciw żywiołowi dla życia wrogiemu. (*Annales d'hygiène publ. 1880, Novembre, p 452—470)*.

(Jakkolwiek doświadczenia autorów w każdym razie zasługują na uwagę, to przecież tłumaczą one tylko płynność krwi w przypadkach utonięcia, a nie tłumaczą wcale, dla czego krew pozostaje zazwyczaj płynną we wszystkich przypadkach śmierci z uduszenia, oraz w przypadkach śmierci nagłéj w ogóle, w których przecież krew wcale się nie różni od krwi topielca. Za śmiałém także wydaje nam się zastosowanie wyniku badań na zwierzętach do przypadków sądowo-lekarskich, a w szczególności owo rozróżnienie zmian, w miarę szybkiéj lub powolnéj śmierci w wodzie, jest teoretycznem, a zastosowanie w praktyce może prowadzić do wniosków mylnych i szkodliwych. Streszczając w swym czasie pracę Bergerona i Montana wspomnieliśmy, że nie wierzymy w występowanie charakterystycznych wynaczynionek podopłucnowych u ludzi zmarłych z utonięcia; wybroczyn zaś opisanych przez Brouardela dotąd nie widzieliśmy, i zdaje się, że ich żaden lekarz sądowy nie widział; dla tego téż nie przypuszczamy możebności rozróżnienia śmierci szybkiéj od powolnéj w miarę postaci wynaczynionek podopłucnowych. *Sprawozd.*) *L. B.*

---

## Wiadomości pomniejsze.

Rouse: Nowotwór przybłonkowy w jelicie odchodowém wycięty sposobem nowym. Mężatka, 64 lat licząca, przyjęta w maju do szpitala, była od sześciu miesięcy cierpiącą. W jelicie odchodowém po lewéj stronie, około 2 cm. po nad otworem odbytowym, wytworzył się był nowotwór przybłonkowy płytki, bez trzonka, wzdłuż całéj podstawy tylko do błony śluzowéj i tkanki podśluzowéj ograniczony; głębsze części widocznie niezajęte. W czerwcu wykonał R. rękoczyn w sposób następujący: Tuż obok zwieracza cięcie 4—5 cm. długie równoległe do tegoż i nieco kabłąkowate; odpreparowanie skóry i tkanki na zewnątrz tak daleko, że krańcowe włókna zwieracza odsłonięte zostały. Wprowadzenie palca do jelita i wyciśnięcie nowotworu przez zewnętrzną ranę, napięcie wraz z tą częścią ściany jelita, do któréj nowotwór był przyczepiony. Po ściągnięciu rany skórnéj czuć było względnie małą tylko jamkę w jelicie, krwawienie było bardzo nieznaczne. Wewnątrz zadano choréj z początku makowiec. Wyzdrowienie postępowało bez przerwy. Przez parę dni wydzielało się przez ranę na zewnątrz nieco treści jelitowéj, a właściwie nie były to ekskrementa, lecz ropa podczas ziarnienia rany posiadała woń jakby z ekskrementów; wkrótce i to ustało. Po 4ch tygodniach chora zupełnie wyleczona opuściła szpital.

Korzyści wynikające z oszczędzenia zwieracza są jasne Wprawdzie autor przyznaje, że w powyższym przypadku nowotwór nie posiadał wielkich rozmiarów i ograniczył się tylko do jednéj strony jelita, rękoczyn przeto w ten sposób łatwo był wykonalny, jednak nie widzi on powodu, dla czegoby rękoczyn ten nie mógł być wykonany i przy większych nowotworach. Bez wątpienia rękoczyn ten w niektórych razach z większą korzyścią dałby się zastąpić zupełném wycięciem dolnéj części jelita, i były przypadki, gdzie pomimo to po takim rękoczynie odchody nie były mimowolnemi; jednakowoż sposób ten nowy daje pewność choremu i ochronę przed nader niemiłém stanem, jakim jest ciągły odpływ kału. (*The Lancet* paźdź. 1880). *Dr. Karcz.*

(T. W.) Prof. Rosenthal (*W. med. Bl.* Nr. 46) poleca przeciw nieżytom pęcherza i'alkalicznemu oddziaływaniu moczu kwas borowy na wewnątrz w dawce 2 grm. na 100 wody dziennie, przekonawszy się w swojéj praktyce, że lek ten działa skuteczniéj niż używany zwykle chloran potasu, kwas salicylowy lub środki balsamiczne, ma smak zwłaszcza w połączeniu z syrupem pomarańczowym dosyć przyjemny i przy dłuższém nawet używaniu nie wpływa szkodliwie na trawienie, wywołując dopiero w dawce 10—12 grm. nudności, wymioty i brak apetytu. Również i przepłukiwanie pęcherza roczczynem kwasu borowego 1:20 okazało się bardzo skutecznem w razie, jeżeli mocz zawierał sporą ilość ropy i śluzu.

(T. W.) Leczenie czkawki. Na oddział prym. Dra Madera przyjęto 19-letnią dziewczynę, która dzień przed tém dostała, po silném zgrzaniu się, czkawki uporczywéj i nie ustępującéj przy podawaniu zwykle w takim razie używanych środków. Gdy i prąd elektryczny, tak stały jak i przerywany, chwilową tylko sprawiał ulgę, podawano choréj co godzina po 10 kropli chloroformu; po zażyciu rano wystąpiły wymioty, kurcze czkawkowe utrzymywały się jeszcze przez dzień i nagle o godz. 6téj wieczór ustąpiły zupełnie i bezpowrotnie. (*W. med. Bl.* 46).

(y) Dr. E. Ory. Leczenie zgagi (*pyrosis*). Prócz regularnego sposobu życia, dyjety mlecznéj i roślinnéj, napojów alkalicznych, można z korzyścią przepisywać następujące formułki:

Jeannel radzi zażywać łyżkę stołową, dwa do czterech razy dziennie, następującéj mięszaniny:

Rp. *Pulv. rad. rhei chin.* 10·00
*Natri bicarbonici* 2·00
*Syrupi simpl.* 50·00
*Aq. menthae* 250·00.

W każdéj łyżce stołowéj znajduje się około 0·50 rzewnia.

W przepisach aptekarskich londyńskich znajduje się następująca mięszanina kredy:

Rp. *Cretae praeparatae*
*Sacc. albi āā* 10·00
*Gummi arabici* 5·00.

Lub téż proszek kredy złożony:

Rp. *Cretae praeparatae* 200·00
*Pulv. cort. cinnamom.* 120·00
*Pulv. rad. tormentillae*
*Pulv. gum. arabic. āā* 100·00
*Pulv. piperis longi* 15·00
*M. f. p.*

Doza tego proszku 1 do 2 gramów; według Bouchuta skuteczny w przypadkach zgagi i przewlekłego rozwolnienia.

E. Ory przepisuje z dobrym skutkiem proszek następujący:

Rp. *Magnesiae ustae*
*Sacc. albi āā* 30·00
*Bismuthi subnitrici* 4·00
*Natri bicarbon.* 6·00
*M. f. p. d. in dos.* 40.

Zażywać po jednym proszku bezpośrednio przed obiadem i przed kolacyją.

Franck zalecał:

Rp. *Magnesiae carbonic.* 2·00
*Pulv. rad. rhei chin.*
*Pulv. cort. cinnam. āā* 0·50
*M. f. p. S.* Zażyć na 2 razy.

E. Ory przypomina skład likieru żołądkowego Wernera.

Rp. *Rhei chin.* 30·00
*Fol. sennae al.* 20·00
*Croci* 5·00
*Rad. liquirit.* 20·00
*Passularum* (rodzynki) 500·00
*Spir. vini 21°* 1500·00
*M. Digere per quindecim dies. Filtra.*

Zażywać po łyżeczce od kawy rano i wieczór nie długo przed śniadaniem i kolacyją.

Bouchardat zaleca następującą miąszaninę jako bardzo skuteczną:

Rp. *Pulv. rad. rhei chin.*
*Magnes. ustae āā* 5·00
*Laudani puri pulv.* 0·10
*M. f. p. div. in dos. quindecim.*

Brać jeden proszek dziennie przed obiadem i kolacyją. (*France médicale* 1880. 88).

---

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie XIV zwyczajne z dnia 20 października 1880.**

Przewodniczący kol. Warschauer. Członków obecnych 21. Jako goście starszy lekarz sztabowy Dr. Heumann z Krakowa i Dr. Gródecki z Tarnowa.

1) Przewodniczący złożył do biblijoteki dzieła wśród wakacyj dla Towarzystwa nadesłane. tudzież okazał *fac simile* adresu ofiarowanego przez lekarzy polskich J. I. Kraszewskiemu, przesłane Towarzystwu w darze przez Tow. lek. warsz.

2) Wybrano członkami korespondentami Towarzystwa Drów Janiszewskiego, Serafińskiego w Lublinie i aptekarza Boguckiego w Chełmnie.

3) Kol. prof. Janikowski podał do wiadomości, że stósownie do uchwały Towarzystwa przesłał kilkaset wyrazów dla Słownika lekarskiego przeznaczonych w hektografowanych odbiciach Towarzystwu lek. warszawskiemu, Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu i Sekcyi lwowskiéj Tow. lekarskiego gal. z prośbą o udzielenie stósownych uwag i że od niektórych z wymienionych Towarzystw otrzymał już przychylną odpowiedź.

4) Kol. prof. Domański odczytał odezwę Towarzystwa lekarskiego galic. zawiadamiającą: że Namiestnictwo potwierdziło zmieniony statut tegoż, że poczyniono w tymże drobne i mało znaczące zmiany i wzywającą nasze Towarzystwo do wniesienia do funduszu żelaznego Tow. lek. gal. kwoty przypadającéj tytułem wkładki wstępnéj za członków czynnych. Z powodu, iż zachodzą jeszcze co do niektórych punktów wzajemnego stosunku obu Towarzystw wątpliwości, poruczono Komisyi statutowéj, a względnie jéj sprawozdawcy, porozumienie się z protomedykiem Biesiadeckim, skoro tenże na egzamina fizykackie do Krakowa przybędzie.

5) Kol. Warschauer odczytał: „O wartości chlorku pilokarpinu w błonicy.“ (Praca ta została umieszczoną w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi kol. Kułakowski zapytuje prelegenta jak tenże i jak Guttmann tłumaczy działanie pilokarpinu w błonicy, nie wydaje się bowiem prawdopodobném, aby lek ten działał sposobem czysto mechanicznym przez zwilżenie i spłukanie błon zwłaszcza w przypadkach ciężkich, gdzie sprawa chorobowa zajmuje na wskroś całą błonę śluzową, bo tak samo musiałoby nastąpić spłukanie błon za pomocą płynnych i obfitych stolców w przypadku błonicy około otworu stolcowego przez kol. K. obserwowanym. Trudno téż przypuścić działanie chemiczne, albowiem wydzieliny pod wpływem pilokarpinu tylko swoją ilość zmieniają, jakość ich zostaje ta sama. Na pomyślny przebieg przypadków Guttmanna wpłynęła zdaje się najwięcéj łagodność epidemii. Kol. Kwaśnicki przyznaje ze strony teoretycznéj wartość leczniczą chlorkowi pilokarpinu, którego działanie możnaby sobie tłumaczyć w dwojaki sposób: raz że zatruwa i zwiększając ilość wydzielin wydala z organizmu pasorzyty będące przyczyną choroby, albo téż, ponieważ błona dyfterytyczna wrzucona do płynu alkalicznego pęcznieje, chlorek pilokarpinu, zwiększając produkcyję płynu alkalicznego, jakim jest ślina, może sprawiać napęcznienie i łatwiejsze oddzielenie się błon dyfterytycznych. Taki sam skutek powinien téż wywierać chlorek pilokarpinu i na wypocinę krupową; w praktyce atoli działanie chlorku pilokarpinu na błonicę jest problematyczne, a z powodu działania porażającego unerwienie naczyniowe może być nawet szkodliwe. Zresztą w sprawozdaniu Guttmanna właśnie ten zanadto dobry skutek leczniczy, bez żadnego przypadku śmierci, w 81 przypadkach błonicy nasuwa pewne wątpliwości. Prof. Rydel podziela wątpliwości kol. Kwaśnickiego co do przypadków błonicy przez Guttmanna podanych a powątpiewanie jego zwiększyło się po odczytaniu przez prelegenta listu Dra Guttmanna, który części gardła i jamy ust błonicą zajęte opisuje jako *„mit Exsudat belegt“* i zdaje się nie odróżniać ściśle wypociny krupowéj od błonicowéj. Gdyby jednak chlorek pilokarpinu rzeczywiście nie zawodził w błonicy, stałby on się i w okulistyce lekiem zbawiennym, albowiem dyfteryja spojówki jest cierpieniem bardzo niebezpieczném i bardzo często prowadzi do ślepoty. Przy sposobności namienia prof. Rydel, że błonica spojówki w Krakowie pojawia się na szczęście bardzo rzadko, krup zaś dosyć

często, ale też nie jest tak niebezpiecznym; w ostatniém cierpieniu bardzo pomyślny sprawia skutek zapuszczanie do oka następującego rozczynu: Rp. *Acid. salicyl. 0.25, Acid. boric. 3—4.00 Aq. destil. 100.00.* Kol. prof. Oettinger nie powątpiewając o wiarogodności spostrzeżeń Guttmanna i prelegenta, sądzi że pod względem naukowym nie odpowiadają one wszystkim warunkom, i tak brakuje w nich ściśle ugruntowanego rozpoznania, a powtóre przy leczeniu stósowano naraz kilka środków, a nie wyłącznie lek, którego działanie chciano wypróbować. Kol. prof. Domański przyznaje, że rozpoznanie błonicy nieraz jest bardzo trudne i nie rzadkie są przypadki, które na podstawie wysokiéj gorączki i niewątpliwych napozór zmian w gardle wzięte za dyfteryję nazajutrz nie przedstawiają ani śladu cierpienia, radzi jednak chlorku pilokarpinu używać choćby dla doświadczenia, bo tym tylko sposobem i z wielkiéj liczby przypadków można dopiero poznać działalność leku. Prelegent zbija powątpiewania prof. Rydla co do przypadków błonicy przez Guttmanna podanych kładąc nacisk na tę okoliczność, że krup w szkarlatynie prawie nigdy nie zdarza się, a dyfteryja bardzo często, kol. zaś Oettingerowi odpowiada, że nie podobna jest żądać od lekarza, aby każdy przypadek błonicy pod mikroskopem badał i stronę naukową przedewszystkiém miał na względzie. Kol. Kwaśnicki zwracając uwagę na cechy rozpoznawcze krupu a dyfteryi namienia, że krup przy szkarlatynie nie jest znów tak rzadki jak sądzi prelegent. Kol. Ponikło mniema, że stanowczo rozstrzygnąć nie można, czy błonicę należy uważać za cierpienie miejscowe lub też już z samego początku za ogólne. Wszelako liczne przypadki chorobowe stwierdzają, że błonica bardzo rychło może się stać chorobą ogólną i sprawiać znaczne i wybitne zmiany we krwi. Przypomina sobie przypadek błonicy z rozległemi zmianami miejscowemi, który obserwował w klinice prof. Korczyńskiego z początkiem r. 1879, a który zakończył się śmiercią. Przy badaniu drobnowidowém krwi. przy którém z początku nic nieprawidłowego nie można było dostrzedz (wśród już rozwiniętéj zmiany miejscowéj), na dwa dni przed śmiercią stwierdzono bardzo znaczne zmiany we krwi: znacznie zwiększoną ilość ciałek białych, z których niektóre miały 2—3 razy większe rozmiary, o pierwoszczy drobnoziarnistéj, połyskującéj, niedozwalającéj dostrzedz jądra; nadto znachodziły się we krwi, wydobytéj wśród wszelkich ostrożności przeciwgnilnych, gniazda bardzo liczne tworów grzybkowych (*micrococci). Z* drugiéj strony jednak mniema kol. P., że jest rzeczą pewną, iż stan ogólny chorych stoi w przeważnéj liczbie przypadków w prostym stosunku ido rozległości zmian miejscowych; dla tego też wszelkie zabieg lecznicze, mające na celu ograniczenie sprawy zgorzelinowéj w gardle, niezawodnie muszą za sobą pociągnąć polepszenie stanu ogólnego. Kol. P. skuteczność chlorku pilokarpinu w błonicy tłumaczyłby nie tyle możnością wydalenia przyrzutu błonicowego wzmożoną transpiracyją skórną, ile tą okolicznością, że chlorek pilokarpinu sprawiając silne przekrwienie w gruczołach ślinnych tylnéj ściany gardziela i łuków podniebiennych złożonych, przeważnie w warstwie podśluzowéj, nie dozwala się szerzyć sprawie zgorzelinowéj, od ucisku naczyń zawisłéj, na części głębsze, utrzymując zwiększony przypływ krwi do tychże; wywoływałby tym sposobem chlorek pilokarpinu niejako rodzaj zapalenia reakcyjnego, zdolnego oddalić błony zgorzelinowe i zapobiedz szerzeniu się sprawy miejscowéj. Tłumaczenie działania chlorku pilokarpinu w błonicy siłą rozpuszczalną śliny jest bezzasadne, gdyż skład chemiczny téjże, prawie zupełnie obojętny, do takiego przypuszczenia wcale nie upoważnia. Kol. Wilkosz opowiada, że w praktyce prywatnéj miał kilka przypadków dyfteryi, w jednym z nich u dziecka użył chlorku pilokarpinu i dziecko umarło, przypadki zaś leczone przez płukanie rozczynem kwasu borowego wyzdrowiały; w szpitalu wszystkie przypadki łagodnie przebiegały, co przypisać należy łagodności epidemii.

6) Kol. prof. Domański uczynił wniosek, aby Towarzystwo zasłużonemu Redaktorowi Przeglądu Lek. prof. Blumenstokowi przez deputacyję złożoną z Prezesa, Wiceprezesa i Sekretarza wyraziło swą radość z powodu powrotu jego do zdrowia. Wniosek ten jednomyślnie uchwalono.

*Dr. Wasylewski.*

## Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne V, w dniu 30 października 1880 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Ordynator kliniki chirurgicznéj warszawskiego Uniwersytetu Dr. Kowalewski, umierając w Goerbersdorfie r. 1876, wyraził swe życzenie matce i Drowi Matlakowskiemu, ażeby medal złoty, przyznany Kowalewskiemu za konkursową rozprawę: „o pochodzeniu zaczątków narządów moczoplciowych“, został spieniężony, a otrzymana suma była doręczoną autorowi najlepszéj pracy z dziedziny medycyny; stąd powstał fundusz wynoszący złr. 150, który do dnia 1go stycznia 1882 podniesie się odsetkami do 165 złr. W wykonaniu więc ostatniéj woli ś. p. Romana Kowalewskiego, w porozumieniu z Drem Wład. Matlakowskim, ordynatorem kliniki chirurgicznéj ces. Uniwersytetu warszawskiego, i przez tegoż upoważniony, rozpisał prezes Stowarzyszenia w dn. 24 stycznia 1880 r. (patrz Przegląd Lekarski Nr. 4) konkurs na nagrodę w kwocie 165 złr. za najlepsze dzieło treści lekarskiéj lub przyrodniczéj nadesłane w rękopiśmie Stowarzyszeniu do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie najpóźniéj do 1go Grudnia 1881 r., lub wydane przez to Stowarzyszenie od dnia ogłoszenia konkursu po dzień 1 grudnia 1881 roku. Oceną zajmie się osobny komitet, którego skład późniéj ogłoszonym zostanie; praca musi być oryginalna, obejmować całość przedmiotu i odpowiadać w zupełności spółczesnemu stanowisku nauki. Gdyby nagroda przyznaną została pracy drukiem nieogłoszonéj, rękopism pozostaje własnością autora, który jednak pozostawić musi Stowarzyszeniu wydawniczemu pierwszeństwo do nabycia na własność i do wydania nagrodzonego dzieła. W takim razie na wstępie ogłoszony będzie krótki życiorys ś. p. Dra Kowalewskiego.

Kończąc sprawozdanie tegoroczne nie możemy i nie powinniśmy zataić, że rozsprzedaż dzieł przez Stowarzyszenie wydanych idzie tępo, że pokup tych książek nie jest w prostym i harmonijnym stosunku do wyższych celów i widoków, które Stowarzyszenie wydawnicze sobie zakreśliło: a jednak byt Stowarzyszenia zależy wyłącznie od posiadanych przez nie środków materyjalnych; Wydział ufa, że szanowni członkowie i prenumeratorowie, którym istnienie Stowarzyszenia leży na sercu, wesprą na przyszłość energiczniéj usiłowania jego, przez liczniejsze zamówienia prac przez Stowarzys enie wydawanych, przez zachęcanie kolegów do przystąpienia do Stowarzyszenia, z którego upadkiem zmniejszyłaby się znacznie możność wydania niezamożnym autorom polskiéj lekarskiéj książki.

2. Na wniosek prezesa Stowarzyszenia Prof. Dr. Korczyńskiego zgromadzeni powstają w celu uczczenia pamięci zmarłych członków.

3. Komisyja kontrolująca złożona z Drów Pieniążka i Rybczyńskiego, wybrana na poprzedniém Zgromadzeniu ogólném, znalazła rachunki z poprzedniego roku w zupełnym porządku. Zgromadzenie udziela więc Wydziałowi Stowarzyszenia absolutoryjum.

4. Prezes Stowarzyszenia przedkłada połowę części pierwszéj akuszeryi Dr. Jordana i namienia, że za kilka tygodni druk téj części zostanie ukończonym. Liczne drzeworyty, które objaśniają tekst dzieła, wykonane zostały w pracowni p. Napierkowskiego w Krakowie.

5. Tenże donosi, że według zawiadomienia Dra Krówczyńskiego, w téj chwili otrzymanego, autor nadeszle Wydziałowi w krótce resztę rękopismu Syfilidologii.

6. Podskarbi Stowarzyszenia Dr. Grabowski przedstawia następujący stan funduszów: Dochód wynosił 623 złr. $15 \frac{1}{2}$ kr. (a mianowicie składki wstępne 34 złr., składki roczne 311 złr. 53 kr., odsetki od kapitałów 82 złr. 04 kr., dochód ze sprzedaży Podręcznika do ćwiczeń operacyjnych Gurlta 10 złr, zwrot nakładu przez rozsprzedaż dzieł 185 złr. $58 \frac{1}{2}$ kr.) Rozchód wynosił 40 złr. 44 kr. (a mianowicie wydatki pocztowe 9 złr. 70 kr., wydatki kancelaryjne i administracyjne 6 złr. 94 kr., inseraty 12 złr. 80 kr., reszta należytości za korektę dzieła Dra Rothego 11 złr.) Nadwyżka dochodu wynosi więc 582 złr. $71 \frac{1}{2}$ kr. U członków i prenumeratorów zalegają składki w kwocie 228 złr. 72 kr. Majątek Stowarzyszenia w dniu 15ym października 1880 składa się z gotówki w kwocie 2412 złr.

$56\frac{1}{2}$ kr. umieszczonéj w Kasie oszczędności i w Zakładzie kredytowym ziemskim, z zapasu papieru wartości 298 złr. 67 kr. i z nakładów nierozsprzedanych.

Nakład dzieł dotychczas wydanych wynosi 1292 złr. 2 kr. zwrot nakładu przez rozsprzedaż dzieł wynosi 370 złr. 3 kr.

7. Do sprawdzenia rachunków wybrano Drów Sciborowskiego i Skobla.

8. Uchwalono po dłuższéj dyskusyi wejść w układy z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém o wydanie wspólne Słownika lekarskiego polskiego. Sekretarz *Dr. A. Kwaśnicki.*

## VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

— Na posiedzeniu c. k. krajowéj Rady zdrowia z dnia 17 września br. uchwalono odpowiedzieć na zapytanie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, czy sposób napełniania i korkowania wód mineralnych w krajowych szczawach odpowiada celowi,—iż opierając się na sprawozdaniach lekarzy powiatowych uważa Rada sposób napełniania wód mineralnych krajowych za odpowiedni; wnosi jednakże, by w Krynicy napełnianie *en masse* około Wielkiéj nocy zastąpione zostało napełnianiem w miarę zamówień, w każdym czasie wykonywaném; powtóre koniecznem jest zarządzenie, by rok napełniania nie tylko był na kapslach flaszek wytłoczonym, ale tak jak w Żegiestowie, na obu stronach korka wypalonym.

Oświadczono się przeciw udzieleniu koncesyi na otwarcie oficyny chirurgicznéj w Sasowie.

Na posiedzeniu dnia 5 października 1880 uchwalono na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie trucia ryb w stawach i rzekach, przedstawić następujące wnioski: *a*) należy wzbronić łowienia ryb przez zatruwanie, *b*) należy zakazać sprzedaży po kramach i handlach korzennych rybitrutki (*semina cocculi indici*) jako ostréj trucizny do niczego nieużytecznéj a szkodliwéj dla zdrowia ludzkiego i dla rybołostwa krajowego; *c*) aby przeciw przekraczającym powyższy zakaz sprzedaży rybitrutki przeprowadzono postępowanie karne w myśl §§. 362 i 363 u. k. o niedozwolonéj sprzedaży trucizn. Na zapytanie c. k. sądu powiatowego w M. uchwalono odpowiedzieć: że ziarna rybitrutki należą do istót wybitnie trujących, że atoli sprzedaż tych ziarn dotychczas nie była wzbronioną, gdyż nie są umieszczone w spisie trucizn, na których sprzedaż w handlach potrzeba osobnego zezwolenia władzy politycznéj.

Uchwalono również nie przemawiać za udzieleniem koncesyi na wyrób kropli leczniczych, tak zw. Karfunkelsteina, z powodu nieznanego składu. Niemniéj uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na otwarcie oficyny chirurgicznéj na Zniesieniu pod Lwowem. Natomiast uchwalono oświadczyć się za uwzględnieniem rekursu mag. farm. Edwarda Radlera i za udzieleniem temuż koncesyi na sprzedaż materyjałów aptecznych, ziół lekarskich i trucizn pod warunkami objętemi dotyczącemi przepisami.

Z powodu nader blizkiego położenia od domów mieszkalnych uchwalono sprzeciwić się umieszczeniu grobowca familijnego w kaplicy wymurowanéj na dawném cmentarzysku w Busku.

Na posiedzeniu dnia 9 listopada uchwalono oświadczyć się przeciw nadaniu koncesyi na otwarcie apteki w Chyrowie w powiecie staromiejskim. Także uchwalono przemawiać za niedozwoleniem sprzedaży pigułek p. Sz. z Litwy jako prezerwatywy przeciw zarazom bydlęcym. Wreszcie uchwalono nie zalecać zaproponowanego leku mającego zapobiegać rozszerzaniu się chorób nagminnych u dzieci szkolnych. (*Gaz. Lw.*)

Statystyka epidemij. W tygodniu 45 (do 6 listopada) ospa nie zmieniła się w Londynie. Świeżo zapadło 24, leczyło się w szpitalach 114, umarło 7. W Wiedniu umarło 10, w Peszcie 6, w Bukareszcie 2, w Paryżu 15, w Maladze 10, w Madrycie 14, w Rzymie 22. Płonica wiele ofiar zabrała w Pradze, Berlinie, Londynie, Stokholmie. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 43. W większych miastach Ameryki północnéj panuje groźnie błonica. W Krakowie umarło w 46 tygodniu (do 13 listopada): 1 z ospy, 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, a doniesiono w tymże czasie; o 1 przypadku ospy, 10 płonicy, 4 błonicy, 4 odry, 2 krztuśca, 3 duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 45 (do 6 listopada) umarło na 1000 mieszkańców i na rok: w Krakowie 17,9; we Lwowie 34,3; w Warszawie 24,3; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 21,5; w Budapeszcie 34,9; w Pradze 29,7; w Tryjeście 26,4; w Berlinie 21,7; w Wrocławiu 32,0; w Mnichowie 29,6; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,8; w Gdańsku 26,1; w Genewie 22,1; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 25,8; w Hadze 19,4; w Paryżu 24,6; w Londynie 21,2; w Kopenhadze 19,9; w Stokholmie 30,3; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 35,8; w Odessie 26,9; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 27,8; w Madrycie 30,6; w Barcelonie 24,5; w Maladze 42,6; w Lisbonie 36,3; w Aleksandryi 49,5; w Nowym Yorku 26,4; w Filadelfii 17,4; w Bombayu 29,3; w Madrasie 32,8. *J. B.*

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 grudnia. Na posiedzeniu Rady zdrowia dolno-austryjackiéj z d. 22 listopada rb., na które zaproszonych zostało trzech lekarzy praktycznych i dwóch aptekarzy jako członkowie nadzwyczajni, zastanawiano się nad traktowaniem recept lekarskich. Rada nie zgodziła się na wniosek, aby lek tylko raz jeden mógł być wydany na podstawie recepty, ale natomiast oświadczyła się: 1) za zwróceniem uwagi lekarzy, że służy im prawo przeszkodzenia ponownemu wydaniu leku przez umieszczenie na recepcie słów: „*ne repetatur*"; 2) za niewydawaniem dalszém leków krzyżykiem oznaczonych oraz tych leków, których dawka najwyższa nie dochodzi 2 centigramów.

* **Wiedeń**. D. 25 listopada rb. zdarzył się znów w klinice Billrotha przypadek śmierci śród znieczulenia chloroformem.

* **Paryż**. Szpital św. Eugenii, od r. 1870 nazwany „szpitalem dzieci." odtąd mieć będzie nazwę „*Hôpital Trousseau.*"

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. nadzwyczajny Bollinger mianowany został prof. anatomii patolog. w Monachijum w miejsce Buhla.—Radzca rządowy i profesor w zakładzie weterynaryjnym w Wiedniu Dr. Armbrecht, przeniesiony w stan spoczynku a w jego miejsce zamianowany profesorem chirurgii weterynaryjnéj dotychczasowy adjunkt Dr. Bayer. — Dr. H. Wyss habilitował się jako docent medycyny sądowéj w Zurychu.

* **Nekrologija**. W Podhajcach umarł d. 18 bm. zasłużony lekarz Jakób Ohrenstein członek Tow. lek. galicyjskiego sekcyi brzeżańskiéj, pozostawiając po sobie żal powszechny. Śp. Ohrenstein z niezamożnéj pochodził rodziny. Urodził się w Zaleszczykach w r. 1812; po skończonym kursie chirurgicznym we Lwowie rozpoczął praktykę lekarską w Husiatynie, lecz wkrótce przeniósł się do Podhajec, gdzie przez 42 lat nie tylko z wielką gorliwością oddawał się swemu zawodowi lecz i prawdziwym był dobroczyńcą dla ubogich chorych. Nieboszczyk piastował posady lekarza miejskiego, skarbowego i szpitalnego z całą sumiennością; w czasach zarazy cholery, duru, nie zwykłém odznaczał się poświęceniem, co mu nie tylko szacunek ale i ogólną zjednało wziętość. Jak zacnym był lekarzem, tak też dobrym obywatelem, wzorowym kolegą i godnym ojcem rodziny. Pamięć po tym nieocenionym mężu pozostanie na zawsze w sercach współobywateli. *Sit ei terra levis!* *Dr. Rasp* w Brzeżanach.

W Grodzisku w Poznańskiém umarł Dr. Julijan Bendowski, zięć Libelta, w 47 roku życia. Zmarły miał zasługi lecząc rannych w r. 1863 w Król. Polskiém, a w r. 1870 w kampanii francuskiéj.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 48: Matlakowskiego: Z kliniki chirurg. prof. Kosińskiego. III. Kilka ciekawszych nowotworów; Wolberga: Igła do zszywania nerwów. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21 i 22: Fickiego: Operacyja cięcia cesarskiego sposobem Porro wykonana; Fabiana: O pylicach (dok.); Malcza: Stacyja zimowa Arco (dok.)

**Sprostowanie**. W rozprawie prof. Adamkiewicza w Nrze 47, str. 597, w szpalcie 1széj wierszu 8 od góry zamiast „otoczki przeźroczystéj" winno być „obwódki przeźroczystéj (*area pellucida*)," a w Nrze 48, str. 610, szpalcie 2giéj, wierszu 13 do 12 od dołu zamiast „przerywało" winno być „przerzucało."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.